Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche – Dott. Stefano Michelagnoli

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	>90%	PNGLA	91,50%	1	Chirurgia Vascolare	Governo liste d'attesa
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	>90%	PNGLA	96,80%	0	Chirurgia Vascolare	
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	1	Tutte	
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	1	Ortopedia	
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	1	Tutte	
Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	>90%	PNGLA	75,80%	3	Otorino	
Tempi di attesa visita Oculistica	>90%	PNGLA	78,30%	3	Oculistica	
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	0	Chirurgia Generale	
Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	>90%	PNGLA	88%	1	Chirurgia Vascolare	
Tempi di attesa esame audiometrico tonale	>90%	PNGLA	97%	0	Otorino	
Tempi di attesa esame del fundus oculi	>90%	PNGLA	94,20%	1	Oculistica	
Tempi di attesa visita Urologica	>90%	PNGLA	73%	3	Urologia	
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	1	Tutte	
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	1	Chirurgia Plastica	
Endoarteriectomia carotidea	>90%	PNGLA	99,20%	1	Chirurgia Vascolare	
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	3	Ortopedia	
Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	>90%	PNGLA	84,20%	2	Otorino	

Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	1	Chirurgia Generale	
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	1	Chirurgia Generale	
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	>90%	PNGLA	75,40%	3	Urologia	
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	>90%	PNGLA	89,40%	1	Chirurgia Senologica	
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	1	Chirurgia Generale	
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	2	Chirurgia Generale	
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	3	Chirurgia Generale	
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		5	Tutte	Integrazione Ospedale Territorio
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	PNE tree map/NSG	73,95 (NSG)	3	Ortopedia	
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	1	Tutte	
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>90%	NSG	93,49%	1	Chirurgia Senologica	
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	77,54% (2023)	1	Chirurgia Generale	
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per 2022-3)	PNE (PROSE)	1,03 (dato 2022-3)	2	Chirurgia Generale	
Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	>75%	MeS	79,11% (2023)	1	Chirurgia Senologica	Qualità clinica / di processo

Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	NSG/PNE tree map	88,99%	1	Chirurgia Generale	
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	PNE tree map(PROSE)	1,59	1	Ortopedia	
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	PNE tree map(PROSE)	3,74% (2022-3)	3	Chirurgia Generale	
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	PNE tree map(PROSE)	1,18	1	Ortopedia	
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<5%	PNE tree map(PROSE)	8,09	2	Chirurgia Senologica	
Riparazione di aneurisma non rotto aorta addominale mortalità a 30 giorni	<1%	PNE tree map(PROSE)	0,54	1	Chirurgia Vascolare	
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS (2023)	6,89%	2	Tutte	
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	3	Tutte	Qualità percepita
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	3	Tutte	
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4	Tutte	Efficentamento energetico
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	2	Chirurgia Generale	
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	2	Ortopedia	

Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	2	Ortopedia	Variabilità
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	4	Tutte	
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio clinico
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=80%	Farmacia	Nuovo	1	Odontoiatria	Farmaci / Dispositivi
% di unità posologiche di Bevacizumab rispetto agli altri anti-VEGF a somministrazione intravitreale	>=85%	Farmacia	Nuovo	4	Oculistica	
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	5	Chirurgia generale / Chirurgia Senologica / Otorino	
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	**0**	Chirurgia generale / Chirurgia Senologica / Otorino	

Data

Il Direttore *Dott. Stefano Michelagnoli*

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre specialistiche
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	\
Direttore / Responsabile	\

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	>90%	PNGLA	91,50%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	>90%	PNGLA	96,80%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	>90%	PNGLA	88%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Urologica	>90%	PNGLA	73%	Governo liste d'attesa	7
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	4
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste d'attesa	6
Endoarteriectomia carotidea	>90%	PNGLA	99,20%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	>90%	PNGLA	75,40%	Governo liste d'attesa	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	4
Riparazione di aneurisma non rotto aorta addominale mortalità a 30 giorni	<1%	treemap(PROS	0,54	Qualità clinica	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
l'efficientamento energetico del	applicazione del piano	Aziendale	Nuovo	energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					20
				FIRMA	MICHELAGNOLI STEFANO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI
Area	Area Chirurgia Generale
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	\
Direttore / Responsabile	\

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	2
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	>90%	PNGLA	89,40%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	2
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	3
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>90%	NSG	93,49%	Qualità clinica	2
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	2
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per 2022-3)	PNE (PROSE)	(dato 2022-	Qualità clinica	6

Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	SG/PNE tree m	88,99%	Qualità clinica	6
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PROS	74%(2022-3	Qualità clinica	5
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<5%	treemap(PROS	8,09	Qualità clinica	6
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	4
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione	applicazione del piano	Aziendale	Nuovo	Efficentamento	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100

N Obiettivi					29

FIRMA

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	\
Direttore / Responsabile	\

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	7
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	4
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NSG	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PROS	1,59	Qualità clinica	4
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PROS	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

l'efficientamento energetico del	applicazione del piano	Aziendale	Nuovo	energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA

BENELLI GIOVANNI

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	\
Direttore / Responsabile	\

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	7
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	7
Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	>90%	PNGLA	75,80%	Governo liste d'attesa	9
Tempi di attesa visita Oculistica	>90%	PNGLA	78,30%	Governo liste d'attesa	9
Tempi di attesa esame audiometrico tonale	>90%	PNGLA	97%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa esame del fundus oculi	>90%	PNGLA	94,20%	Governo liste d'attesa	2
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	>90%	PNGLA	84,20%	Governo liste d'attesa	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	4
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

l'efficientamento energetico del	applicazione del piano	Aziendale	Nuovo	energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=80%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% di unità posologiche di Bevacizumab rispetto agli altri anti-VEGF a somministrazione intravitreale	>=85%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA

LEOPARDI GIANLUCA

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre specialistiche
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOC Chirurgia plastica e ricostruttiva
Direttore / Responsabile	BORGOGNONI LORENZO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste d'attesa	50
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	15
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					10

FIRMA

BORGOGNONI LORENZO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOC Chirurgia
Direttore / Responsabile	MICHELAGNOLI STEFANO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	>90%	PNGLA	91,50%	Governo liste d'attesa	10
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	>90%	PNGLA	96,80%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	>90%	PNGLA	88%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Endoarteriectomia carotidea	>90%	PNGLA	99,20%	Governo liste d'attesa	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Riparazione di aneurisma non rotto aorta addominale mortalità a 30 giorni	<1%	treemap(PRO	0,54	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					17

FIRMA

MICHELAGNOLI STEFANO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOC Chirurgia vascolare II
Direttore / Responsabile	ERCOLINI LEONARDO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	>90%	PNGLA	91,50%	Governo liste d'attesa	10
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	>90%	PNGLA	96,80%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	>90%	PNGLA	88%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Endoarteriectomia carotidea	>90%	PNGLA	99,20%	Governo liste d'attesa	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Riparazione di aneurisma non rotto aorta addominale mortalità a 30 giorni	<1%	treemap(PRO	0,54	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					17

FIRMA

ERCOLINI LEONARDO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOC Urologia Empoli
Direttore /	TUCCIO AGOSTINO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Urologica	>90%	PNGLA	73%	Governo liste d'attesa	15
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	>90%	PNGLA	75,40%	Governo liste d'attesa	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA TUCCIO AGOSTINO

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOC Urologia Firenze
Direttore /	LAPINI ALBERTO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Urologica	>90%	PNGLA	73%	Governo liste d'attesa	15
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	>90%	PNGLA	75,40%	Governo liste d'attesa	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA LAPINI ALBERTO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOC Urologia Prato
Direttore / Responsabile	VIGNOLINI GRAZIANO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Urologica	>90%	PNGLA	73%	Governo liste d'attesa	15
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	>90%	PNGLA	75,40%	Governo liste d'attesa	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA

VIGNOLINI GRAZIANO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOC Urologia San Jacopo e SS. Cosma e
Direttore / Responsabile	MARZOCCO MICHELE

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Urologica	>90%	PNGLA	73%	Governo liste d'attesa	15
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	>90%	PNGLA	75,40%	Governo liste d'attesa	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA

MARZOCCO MICHELE

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOS Chirurgia endovascolare aortica
Direttore /	CHISCI EMILIANO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	>90%	PNGLA	91,50%	Governo liste d'attesa	10
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	>90%	PNGLA	96,80%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	>90%	PNGLA	88%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Endoarteriectomia carotidea	>90%	PNGLA	99,20%	Governo liste d'attesa	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Riparazione di aneurisma non rotto aorta addominale mortalità a 30 giorni	<1%	treemap(PRO	0,54	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					17

FIRMA CHISCI EMILIANO

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOS Chirurgia vascolare San Giovanni
Direttore / Responsabile	MICHELAGNOLI STEFANO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	>90%	PNGLA	91,50%	Governo liste d'attesa	10
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	>90%	PNGLA	96,80%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	>90%	PNGLA	88%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Endoarteriectomia carotidea	>90%	PNGLA	99,20%	Governo liste d'attesa	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Riparazione di aneurisma non rotto aorta addominale mortalità a 30 giorni	<1%	treemap(PRO	0,54	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					17

FIRMA

MICHELAGNOLI STEFANO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOS Chirurgia vascolare San Jacopo
Direttore / Responsabile	FROSINI PIERFRANCESCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	>90%	PNGLA	91,50%	Governo liste d'attesa	10
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	>90%	PNGLA	96,80%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	>90%	PNGLA	88%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Endoarteriectomia carotidea	>90%	PNGLA	99,20%	Governo liste d'attesa	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Riparazione di aneurisma non rotto aorta addominale mortalità a 30 giorni	<1%	treemap(PRO	0,54	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					17

FIRMA

FROSINI PIERFRANCESCO

SOS Urologia San Giovanni di Dio

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOS Urologia San Giovanni di Dio
Direttore / Responsabile	GIACOMOBONO ROBERTO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Urologica	>90%	PNGLA	73%	Governo liste d'attesa	15
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	>90%	PNGLA	75,40%	Governo liste d'attesa	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA

GIACOMOBONO ROBERTO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Altre
Direttore Area	MICHELAGNOLI STEFANO
SOC/SOS	SOS Urologia Santa Maria Annunziata
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Urologica	>90%	PNGLA	73%	Governo liste d'attesa	15
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	>90%	PNGLA	75,40%	Governo liste d'attesa	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA Non Assegnata

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOC Chirurgia Generale Firenze I
Direttore / Responsabile	ANASTASI ALESSANDRO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5

Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA

ANASTASI
ALESSANDRO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOC Chirurgia Generale Firenze II
Direttore /	SCATIZZI MARCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5

Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA SCATIZZI MARCO

SOC Chirurgia generale, metabolica e bariatrica Santa Maria Nuova

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOC Chirurgia generale, metabolica e bariatrica Santa Maria
Direttore /	FACCHIANO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5

Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA FACCHIANO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOC Chirurgia Generale San Giuseppe
Direttore /	CALISTRI MASSIMO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5

Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA CALISTRI MASSIMO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOC Chirurgia generale San Jacopo
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5

Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25
				FIRMA	Non Assegnata

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOC Chirurgia generale Santo Stefano
Direttore /	CANTAFIO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5

Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25
				FIRMA	CANTAFIO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOC Chirurgia Generale SS. Cosma e
Direttore /	FEROCI FRANCESCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5

Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA FEROCI FRANCESCO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOC Chirurgia
Direttore /	SANCHEZ LUIS JOSE

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	>90%	PNGLA	89,40%	Governo liste d'attesa	25
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150	>90%	NSG	93,49%	Qualità clinica	7
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<5%	treemap(PRO	8,09	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA SANCHEZ LUIS JOSE

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia Epatobiliare
Direttore /	FEDI MASSIMO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	7
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	10
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA FEDI MASSIMO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia generale Borgo San Lorenzo
Direttore / Responsabile	BUCCARELLI ANDREA

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5

Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA

BUCCARELLI
ANDREA

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia Generale Santa Maria Annunziata
Direttore /	SCATIZZI MARCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5

Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA SCATIZZI MARCO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia generale Serristori
Direttore /	RONTINI MARCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5

Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA RONTINI MARCO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia metabolica e bariatrica
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5

Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA Non Assegnata

SOS Chirurgia metabolica e bariatrica San Jacopo

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia metabolica e bariatrica
Direttore /	FACCHIANO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	3
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	3
Colecistectomia laparoscopica	>90%	PNGLA	93,50%	Governo liste d'attesa	3
Riparazione ernia inguinale	>90%	PNGLA	86,20%	Governo liste d'attesa	4
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	3
Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70%	MeS	,54%(2023)	Qualità clinica	3
Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento 2024 o inferiore alla media regionale (0,80 per	PNE (PROSE	(dato 2022-	Qualità clinica	5
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	G/PNE tree n	88,99%	Qualità clinica	5
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	<1%	treemap(PRO	74%(2022-3	Qualità clinica	5

Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Colecistite acuta trattata entro 72 ore	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	0
Totale					100
N Obiettivi					25

FIRMA FACCHIANO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia mininvasiva per il trattamento dei tumori del retto extraperitoneale e delle pelvi Santa Maria
Direttore / Responsabile	PAROLI GIAN MATTEO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	10
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	10
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					16

FIRMA

PAROLI GIAN MATTEO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia mininvasiva per il trattamento dei tumori del retto extraperitoneale e delle
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	10
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	10
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					16

FIRMA Non Assegnata

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia Pancreatica
Direttore / Responsabile	ANASTASI ALESSANDRO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	12
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	12
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	15
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	9
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA

ANASTASI ALESSANDRO

SOS Chirurgia per la diagnosi e trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia per la diagnosi e trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	10
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	10
Tempi di attesa visita Chirurgia generale	>90%	PNGLA	95%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno retto	>90%	PNGLA	97,70%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici tumore maligno colon	>90%	PNGLA	98,60%	Governo liste d'attesa	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					16

FIRMA Non Assegnata

_____

SOS Chirurgia senologica San Giuseppe

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia senologica San
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	>90%	PNGLA	89,40%	Governo liste d'attesa	25
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150	>90%	NSG	93,49%	Qualità clinica	7
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<5%	treemap(PRO	8,09	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA

Non Assegnata

SOS Chirurgia senologica San Jacopo

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia senologica San Jacopo
Direttore /	SCIAMANNINI

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	>90%	PNGLA	89,40%	Governo liste d'attesa	25
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150	>90%	NSG	93,49%	Qualità clinica	7
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<5%	treemap(PRO	8,09	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA SCIAMANNINI

SOS Chirurgia senologica Santa Maria Annunziata

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia senologica Santa Maria
Direttore /	GALLI LORENZO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	>90%	PNGLA	89,40%	Governo liste d'attesa	25
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150	>90%	NSG	93,49%	Qualità clinica	7
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<5%	treemap(PRO	8,09	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA GALLI LORENZO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Chirurgia senologica Santo
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	>90%	PNGLA	89,40%	Governo liste d'attesa	25
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150	>90%	NSG	93,49%	Qualità clinica	7
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<5%	treemap(PRO	8,09	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA

Non Assegnata

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Chirurgia Generale
Direttore Area	Non Assegnata
SOC/SOS	SOS Proctologia e chirurgia del pavimento pelvico
Direttore / Responsabile	ELBETTI CLAUDIO

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore 2024**	**Area**	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	10
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	15
Emorroidectomia	>90%	PNGLA	77,80%	Governo liste d'attesa	18
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA ELBETTI CLAUDIO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOC Ortopedia e traumatologia Firenze I
Direttore /	MUGNAINI MARCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA MUGNAINI MARCO

SOC Ortopedia e traumatologia Firenze II

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOC Ortopedia e traumatologia Firenze II
Direttore /	DE BIASE PIETRO

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore 2024**	**eso 202**	**Area**	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	1	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	1	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	1	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	1	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	3	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		5	Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	3	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	1	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	1	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30	<3%	treemap(PRO	1,18	1	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS (2023)	6,89%	2	Qualità clinica	2

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	3	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	3	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	2	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	2	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	4	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Rischio clinico	5
Totale				100		100
N Obiettivi						19

FIRMA DE BIASE PIETRO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOC Ortopedia e traumatologia San Giuseppe
Direttore /	MARITATO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA MARITATO

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOC Ortopedia e traumatologia San
Direttore /	TURELLI LUCA

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA TURELLI LUCA

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOC Ortopedia e traumatologia Santo Stefano
Direttore /	BENELLI GIOVANNI

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA BENELLI GIOVANNI

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOC Ortopedia e traumatologia SS. Cosma e Damiano
Direttore / Responsabile	ZACCHEROTTI GIOVANNI

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA

ZACCHEROTTI GIOVANNI

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOC Ortopedia Protesica San Pietro
Direttore /	NICOLETTI SIMONE

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	13
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					18

FIRMA NICOLETTI SIMONE

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Chirurgia arto superiore
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	14
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	15
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	14
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					13

FIRMA Non Assegnata

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Chirurgia della
Direttore /	VITALI ANDREA

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	14
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	15
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	14
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					13

FIRMA VITALI ANDREA

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Chirurgia della mano Santo Stefano
Direttore /	FALCONE

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	14
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	15
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	14
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	10
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					13

FIRMA FALCONE

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Ortopedia e traumatologia Borgo San Lorenzo
Direttore /	LAZZARA DANIELE

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA LAZZARA DANIELE

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Ortopedia e traumatologia Serristori
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	7
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	10
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	15
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	15
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					16

FIRMA Non Assegnata

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Ortopedia
Direttore /	CHIARUGI GIANNA

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	14
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	15
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	14
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					13

FIRMA CHIARUGI GIANNA

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Ortopedia San Giovanni di Dio
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA Non Assegnata

SOS Ortopedia Santa Maria Annunziata

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Ortopedia Santa Maria Annunziata
Direttore /	MUGNAINI MARCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA MUGNAINI MARCO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Traumatologia San Giovanni di Dio
Direttore /	SARCINA LUIGI

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA SARCINA LUIGI

SOS Traumatologia Santa Maria Annunziata

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Traumatologia Santa Maria Annunziata
Direttore / Responsabile	PARTESCANO RAFFAELE

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA

PARTESCANO RAFFAELE

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Ortopedia e Traumatologia
Direttore Area	BENELLI GIOVANNI
SOC/SOS	SOS Traumatologia Santo Stefano
Direttore / Responsabile	CERULLI MARIANI PIERPAOLO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Ortopedica	>90%	PNGLA	93,70%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	5
Intervento protesi d'anca	>90%	PNGLA	71,60%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	>80%	E treemap/NS	3,95(NSG)	Qualità clinica	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	<3%	treemap(PRO	1,59	Qualità clinica	8
Intervento di protesi del ginocchio: riammissione a 30 giorni	<3%	treemap(PRO	1,18	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Durata degenza protesi anca	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Durata degenza protesi ginocchio	Incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMA

CERULLI MARIANI PIERPAOLO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOC Oculistica Firenze
Direttore /	BARCA FRANCESCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oculistica	>90%	PNGLA	78,30%	Governo liste d'attesa	20
Tempi di attesa esame del fundus oculi	>90%	PNGLA	94,20%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% di unità posologiche di Bevacizumab rispetto agli altri anti-VEGF a somministrazione intravitreale	>=85%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA BARCA FRANCESCO

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOC Oculistica Pistoia
Direttore /	BORGIOLI VANNI

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oculistica	>90%	PNGLA	78,30%	Governo liste d'attesa	20
Tempi di attesa esame del fundus oculi	>90%	PNGLA	94,20%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% di unità posologiche di Bevacizumab rispetto agli altri anti-VEGF a somministrazione intravitreale	>=85%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA BORGIOLI VANNI

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOC Oculistica Prato
Direttore /	MORONI FULVIO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oculistica	>90%	PNGLA	78,30%	Governo liste d'attesa	20
Tempi di attesa esame del fundus oculi	>90%	PNGLA	94,20%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% di unità posologiche di Bevacizumab rispetto agli altri anti-VEGF a somministrazione intravitreale	>=85%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA MORONI FULVIO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOC Oculistica San Giuseppe
Direttore / Responsabile	CARRARO FULVIO LUIGI ANGELO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oculistica	>90%	PNGLA	78,30%	Governo liste d'attesa	20
Tempi di attesa esame del fundus oculi	>90%	PNGLA	94,20%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% di unità posologiche di Bevacizumab rispetto agli altri anti-VEGF a somministrazione intravitreale	>=85%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA

CARRARO FULVIO LUIGI ANGELO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOC Oculistica S.S. Cosma e Damiano
Direttore / Responsabile	MINCIONE FRANCESCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oculistica	>90%	PNGLA	78,30%	Governo liste d'attesa	20
Tempi di attesa esame del fundus oculi	>90%	PNGLA	94,20%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% di unità posologiche di Bevacizumab rispetto agli altri anti-VEGF a somministrazione intravitreale	>=85%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA

MINCIONE FRANCESCO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOC Odontoiatria Empoli, Prato e Pistoia
Direttore /	LILLO LUCA

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	18
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	19
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina +	>=80%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	20
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMA LILLO LUCA

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOC Odontoiatria
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	18
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	19
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina +	>=80%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	20
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMA Non Assegnata

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOC
Direttore /	SARNO ANTONIO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	12
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	12
Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	>90%	PNGLA	75,80%	Governo liste d'attesa	15
Tempi di attesa esame audiometrico tonale	>90%	PNGLA	97%	Governo liste d'attesa	2
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	>90%	PNGLA	84,20%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA SARNO ANTONIO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOC Otorinolaringoiatria II
Direttore / Responsabile	LEOPARDI GIANLUCA

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	12
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	12
Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	>90%	PNGLA	75,80%	Governo liste d'attesa	15
Tempi di attesa esame audiometrico tonale	>90%	PNGLA	97%	Governo liste d'attesa	2
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	>90%	PNGLA	84,20%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA

LEOPARDI GIANLUCA

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOS Endoscopia interventistica vie aeree superiori
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	16
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	16
Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	>90%	PNGLA	75,80%	Governo liste d'attesa	17
Tempi di attesa esame audiometrico tonale	>90%	PNGLA	97%	Governo liste d'attesa	2
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA

Non Assegnata

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOS Oculistica San Jacopo
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oculistica	>90%	PNGLA	78,30%	Governo liste d'attesa	20
Tempi di attesa esame del fundus oculi	>90%	PNGLA	94,20%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% di unità posologiche di Bevacizumab rispetto agli altri anti-VEGF a somministrazione intravitreale	>=85%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA Non Assegnata

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOS Oculistica
Direttore /	BUSSOLIN ANDREA

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oculistica	>90%	PNGLA	78,30%	Governo liste d'attesa	20
Tempi di attesa esame del fundus oculi	>90%	PNGLA	94,20%	Governo liste d'attesa	10
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	6
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	5
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% di unità posologiche di Bevacizumab rispetto agli altri anti-VEGF a somministrazione intravitreale	>=85%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMA BUSSOLIN ANDREA

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOS Odontoiatria
Direttore / Responsabile	URCIUOLO FRANCESCO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	18
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	19
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina +	>=80%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	20
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMA

URCIUOLO FRANCESCO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOS Odontoiatria
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	18
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	19
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina +	>=80%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	20
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMA Non Assegnata

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOS Odontoiatria Prato
Direttore / Responsabile	PELAGALLI ANTONIO

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	18
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	19
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina +	>=80%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	20
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMA

PELAGALLI ANTONIO

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOS Otologia
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	16
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	16
Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	>90%	PNGLA	75,80%	Governo liste d'attesa	17
Tempi di attesa esame audiometrico tonale	>90%	PNGLA	97%	Governo liste d'attesa	2
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA Non Assegnata

_____

Dipartimento	Dipartimento delle Specialistiche
Direttore Dipar.	MICHELAGNOLI STEFANO
Area	Area Testa e Collo
Direttore Area	LEOPARDI GIANLUCA
SOC/SOS	SOS Patologia ostruttiva del sonno
Direttore /	Non Assegnata

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	16
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	16
Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	>90%	PNGLA	75,80%	Governo liste d'attesa	17
Tempi di attesa esame audiometrico tonale	>90%	PNGLA	97%	Governo liste d'attesa	2
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG	92%	Governo liste d'attesa	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di	<5%	MeS (2023)	6,89%	Qualità clinica	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA Non Assegnata

_____

Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica - Dott. Paolo Zoppi

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		2			
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		2			
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		3			
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		3			
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		3			
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		2			
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		2			
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		3			
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		3			
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		2			
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2024	MeS		2			
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		2			
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS		2			
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS		2			
Realizzazione Progetto Infermiere di Famiglia dell'Età Evolutiva	Realizzazione Progetto	Aziendale		2			
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		3		Qualità clinica / di processo	70
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		3			

Gravidanza: willingness to recommend il consultorio	>90%	MeS		2			
Primo anno di vita: assistenza del consultorio	Score >3	MeS		1			
Primo anno di vita: esperienza con il personale del consultorio	>70%	MeS		2			
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	2			
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	2			
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	2			
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		2			
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		2			
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	MeS		2			
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		2			
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		2			
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	2			
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	2			
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	NSG	40,51%	3			
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		1			
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	3	Tutte	Qualità percepita	6
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	3	Tutte		
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4	Tutte	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	2	Tutte		

Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	2	Tutte	Variabilità	10
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	2	Tutte		
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	4	Tutte		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		

Data

Il Direttore *Dott. Paolo Zoppi*

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	\
Direttore/ Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOC Empoli**
Direttore/ Resp.	**MEINI LORIANA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOC Firenze**
Direttore/ Resp.	**GANT ANTONIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOC Ostetricia professionale**
Direttore/ Resp.	**MAGGIALI ARIANNA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	7
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2024	MeS		Qualità clinica/di processo	10
Gravidanza: willingness to recommend il consultorio	>90%	MeS		Qualità clinica/di processo	8
Primo anno di vita: asssistenza del consultorio	Score >3	MeS		Qualità clinica/di processo	8
Primo anno di vita: esperienza con il personale del consultorio	>70%	MeS		Qualità clinica/di processo	8
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Allineamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica/di processo	8
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	MeS		Qualità clinica/di processo	7

Depressione post partum. Presa in carico da parte dei professionisti coinvolti	definizione di una procedura condiviso multidisciplinare	Aziendale		Qualità clinica/di processo	7
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica/di processo	4
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica/di processo	4
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					17

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOC Pistoia**
Direttore/ Resp.	**CELLINI PAOLO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOC Prato**
Direttore/ Resp.	**CHITI MONICA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOC Programmazione e controllo**
Direttore/ Resp.	**PRATESI PAOLO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Adozione ed implementazione di un sistema di controllo quantitativo, inerente l'inserimento delle Pronte Disponibilità nelle 4 aree del DAIO	Inserimento di tutte le Pronte Disponibilità in tabellone turni da parte degli incarichi di Coordinamento ad esclusione di 118 (amministrativi) e Donazione Organi e Tessuti (direttamente in pianificazione Turni PD)	Report da WHR Time turni		Qualità clinica/di processo	32
implementazione del sistema di gestione della sicurezza degli operatori nell'utilizzo dei farmaci pericolosi - HMP	Documento incontri finalizzati a fornire indicazioni di programmazione e controllo del percorso			Qualità clinica/di processo	32

istruzione operativa per monitoraggio e controllo della Produttività Differenziata	Documento incontri finalizzati a fornire indicazioni di programmazione e controllo del percorso			Qualità clinica/di processo	32
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					4

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOS 118**
Direttore/ Resp.	**PRATESI PAOLO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	40
Potenziamento percorso emergenza territoriale/DEA attravero al creazione di percorsi CONDIVISI	almeno 1 percorso costruito			Qualità clinica/di processo	40
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	16
Totale					100
N Obiettivi					4

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOS di Gestione Empoli**
Direttore/ Resp.	**MEINI LORIANA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOS di Gestione Firenze**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOS di Gestione Mugello**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOS di Gestione Nord Ovest**
Direttore/ Resp.	**GANT ANTONIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOS di Gestione Pistoia**
Direttore/ Resp.	**PRONTI FABIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOS di Gestione Prato**
Direttore/ Resp.	**CHITI MONICA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOS di Gestione Sud Est**
Direttore/ Resp.	**GRASSI PATRIZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**PRATESI PAOLO**
SOC/SOS	**SOS di Gestione Valdinievole**
Direttore/ Resp.	**CELLINI PAOLO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale:- Continuità terapeutica. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso Autismo. Implementazione del protocollo NIDA.	Produzione di protocollo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Qualità clinica/di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica/di processo	5
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	MeS		Qualità clinica/di processo	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	9

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di apertura del percorso di dimissione complessa, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Lesioni insorte durante il ricovero in pazienti senza diagnosi rischio lesione e PAD, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo di effettuazione della consulenza dell'Osservatorio lesioni, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Formazione e ricerca**
Direttore/ Resp.	**SALVADORI LUCIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
realizzazione riunioni di aggiornamento professionale relativa allo stato di realizzazione del progetto AIUTI	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	20
Proposta di formazione specifica dell' IF Età Evolutiva	proposta di dettaglio formativo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	20
Avvio del percorso di formazione degli IFec come previsto dalla delibera 1573 del 23/12/24	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	16
Partecipazione ai gruppi Regionali di revisione dei curriculum percorsi formativi per operatore socio sanitario attivabili in ASL e AO e presso gli istituti superiori	Report			Qualità clinica/di processo	20
Revisione linee di indirizzo per le attività professionalizzanti del CdL Infermieristica.	Report			Qualità clinica/di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					6

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Monitoraggio, qualita' e accreditamento**
Direttore/ Resp.	**RAFFAELLI ROSARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Consolidamento e implementazione delle schede di analisi del Rischio e Sicurezza del trattamento dei dati personali (GDPR 679/2016): focus sulle Rianimazioni e Terapie Intensive aziendali	Report			Qualità clinica/di processo	48
Redazione e implementazioni procedura aziendale "Somministrazione di medicinali classificati OSP in ambiente assimilabile a quello ospedaliero"	redazione procedura e avvio fase sperimentale			Qualità clinica/di processo	48
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					3

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Outsourcing appropriatezza consumi**
Direttore/ Resp.	**AMMAZZINI DANIELA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Presentazione progetto metodo 5 esse, presso linee assistenziali concordate con i direttori di SOC/SOS gestione.	Presentazione entro ultimo quadrimestre 2025			Qualità clinica/di processo	48
Monitoraggio prestazioni "POCT Ammonio", nei punti prelievo individuati per l'implementazione della procedura aziendale	report trimestrale			Qualità clinica/di processo	48
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					3

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Processi infermieristici di Bed Management e di donazione organi e tessuti**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS		Qualità clinica/di processo	33
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS		Qualità clinica/di processo	33
Monitoraggio disponibilità Posti Letto 365gg/anno	report giornaliero			Qualità clinica/di processo	30
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					4

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Progettazione e sviluppo**
Direttore/ Resp.	**ZOPPI PAOLO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	20
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	20
Realizzazione Progetto Infermiere di Famiglia dell'Età Evolutiva	Realizzazione Progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	30
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	26
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					5

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Continuita' ospedale territorio**
Direttore/ Resp.	**RAFFAELLI ROSARIA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemonitoraggio e teleassistenza per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Redazione progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	16
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica/di processo	16
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	16
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	16
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Qualità clinica/di processo	16
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	16

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					7

Dipartimento	**Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**
Direttore Dip.	**ZOPPI PAOLO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Laboratorio innovazione organizzativa**
Direttore/ Resp.	**ZOPPI PAOLO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica/di processo	20
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica/di processo	20
Realizzazione Progetto Infermiere di Famiglia dell'Età Evolutiva	Realizzazione Progetto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	30
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	26
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					5

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**Area Gestione operativa**
Direttore / Resp	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO CARPI ROBERTO

Dipartimento Diagnostica per Immagini - Dott. Maurizio Bartolucci

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	1	Radiologie	Governo liste di attesa	23
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	2	Radiologie		
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	1	Radiologie		
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	1	Radiologie		
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	2	Radiologie		
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	2	Radiologie		
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	1	Radiologie		
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	3	Radiologie		
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	2	Radiologie		
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	1	Radiologie		
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	1	Radiologie		
Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	2	Radiologie		
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	1	Radiologie		
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	2	Radiologie		
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	1	Radiologie		
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	1	Radiologia Senologica	Qualità clinica di processo	23
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		3	Radiologia		
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		5	Radiologia		
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	4	Radiologia Interventistica		
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		3	Radiologia Senologica		
PDTA stroke: applicazione dei protocolli di perfusione	Report applicazione protocolli	Aziendale	Nuovo	4	Neuroradiologia		
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	3	Radiologia Senologica		
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		4	Tutte	Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia	Variabilità	30
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia		
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia		

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia		
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia		
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	5	Medicina Nucleare / Neuroradiologia / Radiologia Senologica		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	10	Tutte	Farmaci / Dispositivi	10

Data

Il Direttore *Dott. Maurizio Bartolucci*

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Governo strategico e monitoraggio**
Direttore / Resp	**CARPI ROBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	4
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	20
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	5

PDTA stroke: applicazione dei protocolli di perfusione	Report applicazione protocolli	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO CARPI ROBERTO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Medicina Nucleare**
Direttore / Resp	**SESTINI STELVIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Mantenimento produttività 2024	+- 2% sul 2024			Qualità clinica di processo	43
Tempo di refertazione esami diagnostici	< = 5 giorni			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

FIRMATO SESTINI STELVIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Progettazione e innovazione**
Direttore / Resp	**BARTOLUCCI MAURIZIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	4
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	20
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	5

PDTA stroke: applicazione dei protocolli di perfusione	Report applicazione protocolli	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO BARTOLUCCI MAURIZIO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Firenze I**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO

Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Firenze II**
Direttore / Resp	**PASQUINELLI FILIPPO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO PASQUINELLI FILIPPO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Firenze III**
Direttore / Resp	**CARPI ROBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO CARPI ROBERTO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Interventistica**
Direttore / Resp	**FALCHINI MASSIMO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	80
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					4

FIRMATO FALCHINI MASSIMO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia San Giuseppe**
Direttore / Resp	**SAMPIERI ANDREA PIERFEDERICO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO AMPIERI ANDREA PIERFEDERI(

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia San Jacopo**
Direttore / Resp	**VANNUCCHI LETIZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO VANNUCCHI LETIZIA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Santo Stefano**
Direttore / Resp	**BARTOLUCCI MAURIZIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO BARTOLUCCI MAURIZIO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia SS. Cosma e Damiano**
Direttore / Resp	**VIVIANI ADRIANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO VIVIANI ADRIANO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Neuroradiologia**
Direttore / Resp	**KONZE ANGELA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	5
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	5
PDTA stroke: applicazione dei protocolli di perfusione	Report applicazione protocolli	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	60
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Totale					100
N. Obiettivi					6

FIRMATO KONZE ANGELA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia Borgo San Lorenzo**
Direttore / Resp	**SALVADORI ELENA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO SALVADORI ELENA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia interventistica vascolare**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	80
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					4

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia San Giovanni di Dio**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO

Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia Santa Maria Annunziata**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia Santa Maria Nuova e Palagi**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica Centro donna**
Direttore / Resp	**MARRUCCI ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	6
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO MARRUCCI ANDREA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica Centro prevenzione oncologica Eliana Martini**
Direttore / Resp	**CRUCIANI ANNA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	6
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO CRUCIANI ANNA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica ex CPA**
Direttore / Resp	**FRATI SARA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	6
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO FRATI SARA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica Firenze**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	16
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	17
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	17

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					12

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica Valdinievole**
Direttore / Resp	**GUERRA CLAUDIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	6
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO GUERRA CLAUDIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia Serristori**
Direttore / Resp	**RICUPERO LETIZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO RICUPERO LETIZIA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologie interventistica extravascolare**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	80
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					4

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore/Resp:	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
% di eventi di formazione inseriti nel PAF effettuati/eventi proposti	>60%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	8
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					21

PAVONI VITTORIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOC Anestesia e rianimazione Borgo San Lorenzo**
Direttore/Resp:	**PARRINI VIERI**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

PARRINI VIERI

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOC Anestesia e rianimazione Firenze I**
Direttore/Resp:	**BONINSEGNI PAOLO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

BONINSEGNI PAOLO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOC Anestesia e rianimazione Firenze II**
Direttore/Resp:	**CONSALES GUGLIELMO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

CONSALES GUGLIELMO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOC Anestesia e rianimazione San Giuseppe**
Direttore/Resp:	**SPINA ROSARIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

SPINA ROSARIO

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOC Anestesia e rianimazione San Jacopo**
Direttore/Resp:	**MICHELAGNOLI GIULIANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

MICHELAGNOLI GIULIANO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOC Anestesia e rianimazione Santo Stefano**
Direttore/Resp:	**PAVONI VITTORIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

PAVONI VITTORIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOC Anestesia e rianimazione SS.Cosma e Damiano**
Direttore/Resp:	**BRESSAN FILIPPO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

BRESSAN FILIPPO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOS Anestesia e rianimazione Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp:	**CONTI DUCCIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

CONTI DUCCIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOS Anestesia e rianimazione Santa Maria Nuova e Palagi**
Direttore/Resp:	**CAMMELLI RITA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5

Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5
Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

CAMMELLI RITA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOS Anestesia Serristori**
Direttore/Resp:	**CAVUTA MAURO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	5
Stesura e approvazione di PDTA aziendale su gestione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti in fase preoperatoria	Documento approvato	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Appropriatezza ammissione recovery room pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con ricovero in regime ordinario	>= 40%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Durata ricovero in recovery room > 6 ore	<= 5%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Ridurre il numero di pazienti non valutati in PO inseriti in nota operatoria	<2%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	5
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	5
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	5

Donatori di organi in morte encefalica	>34%	NSG	Nuovo	Qualità clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	8
Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	>80%	NSG/PNE	73,95 (NSG)	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Mediana della durata della profilassi antibiotica	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					20

CAVUTA MAURO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOS Centro multidisciplinare terapia del dolore**
Direttore/Resp:	**GIOIOSO LUIGI**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione tempo di attesa prima visita terapia del dolore	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	30
Riduzione tempo di attesa prima visita agopuntura	Riduzione 10% rispetto 2024	Aziendale	Nuovo	Governo liste d'attesa	30
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					9

GIOIOSO LUIGI

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Anestesia e rianimazione**
Direttore Area:	**PAVONI VITTORIO**
SOC/SOS	**SOS Percorsi formativi anestesia e rianimazione**
Direttore/Resp:	**TUTINO LORENZO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
% di eventi di formazione inseriti nel PAF effettuati/eventi proposti	>60%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	90
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					3

TUTINO LORENZO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**Area Gestione operativa**
Direttore / Resp	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO CARPI ROBERTO

Dipartimento Diagnostica per Immagini - Dott. Maurizio Bartolucci

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	1	Radiologie	Governo liste di attesa	23
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	2	Radiologie		
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	1	Radiologie		
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	1	Radiologie		
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	2	Radiologie		
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	2	Radiologie		
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	1	Radiologie		
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	3	Radiologie		
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	2	Radiologie		
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	1	Radiologie		
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	1	Radiologie		
Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	2	Radiologie		
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	1	Radiologie		
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	2	Radiologie		
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	1	Radiologie		
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	1	Radiologia Senologica	Qualità clinica di processo	23
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		3	Radiologia		
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		5	Radiologia		
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	4	Radiologia Interventistica		
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		3	Radiologia Senologica		
PDTA stroke: applicazione dei protocolli di perfusione	Report applicazione protocolli	Aziendale	Nuovo	4	Neuroradiologia		
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	3	Radiologia Senologica		
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		4	Tutte	Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia	Variabilità	30
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia		
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia		

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia		
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radiologia		
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	5	Medicina Nucleare / Neuroradiologia / Radiologia Senologica		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	10	Tutte	Farmaci / Dispositivi	10

Data

Il Direttore *Dott. Maurizio Bartolucci*

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Governo strategico e monitoraggio**
Direttore / Resp	**CARPI ROBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	4
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	20
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	5

PDTA stroke: applicazione dei protocolli di perfusione	Report applicazione protocolli	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO CARPI ROBERTO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Medicina Nucleare**
Direttore / Resp	**SESTINI STELVIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Mantenimento produttività 2024	+- 2% sul 2024			Qualità clinica di processo	43
Tempo di refertazione esami diagnostici	< = 5 giorni			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

FIRMATO SESTINI STELVIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Progettazione e innovazione**
Direttore / Resp	**BARTOLUCCI MAURIZIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	4
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	20
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	5

PDTA stroke: applicazione dei protocolli di perfusione	Report applicazione protocolli	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO BARTOLUCCI MAURIZIO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Firenze I**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO

Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Firenze II**
Direttore / Resp	**PASQUINELLI FILIPPO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO PASQUINELLI FILIPPO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Firenze III**
Direttore / Resp	**CARPI ROBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO CARPI ROBERTO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Interventistica**
Direttore / Resp	**FALCHINI MASSIMO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	80
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					4

FIRMATO FALCHINI MASSIMO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia San Giuseppe**
Direttore / Resp	**SAMPIERI ANDREA PIERFEDERICO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO AMPIERI ANDREA PIERFEDERI(

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia San Jacopo**
Direttore / Resp	**VANNUCCHI LETIZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO VANNUCCHI LETIZIA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia Santo Stefano**
Direttore / Resp	**BARTOLUCCI MAURIZIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO BARTOLUCCI MAURIZIO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOC Radiologia SS. Cosma e Damiano**
Direttore / Resp	**VIVIANI ADRIANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO VIVIANI ADRIANO

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Neuroradiologia**
Direttore / Resp	**KONZE ANGELA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	5
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	5
PDTA stroke: applicazione dei protocolli di perfusione	Report applicazione protocolli	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	60
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Totale					100
N. Obiettivi					6

FIRMATO KONZE ANGELA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia Borgo San Lorenzo**
Direttore / Resp	**SALVADORI ELENA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO SALVADORI ELENA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia interventistica vascolare**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	80
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					4

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia San Giovanni di Dio**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO

Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia Santa Maria Annunziata**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia Santa Maria Nuova e Palagi**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica Centro donna**
Direttore / Resp	**MARRUCCI ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	6
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO MARRUCCI ANDREA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica Centro prevenzione oncologica Eliana Martini**
Direttore / Resp	**CRUCIANI ANNA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	6
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO CRUCIANI ANNA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica ex CPA**
Direttore / Resp	**FRATI SARA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	6
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO FRATI SARA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica Firenze**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	16
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	17
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	17

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					12

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia senologica Valdinievole**
Direttore / Resp	**GUERRA CLAUDIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	6
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica di processo	15
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO GUERRA CLAUDIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologia Serristori**
Direttore / Resp	**RICUPERO LETIZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo Tempi attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC dell'addome	>90%	PRGLA	97,40%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	>90%	PRGLA	90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	>90%	PRGLA	93,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del torace	>90%	PRGLA	99,10%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM della colonna	>90%	PRGLA	86,60%	Governo Tempi attesa	3
Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	>90%	PRGLA	92,60%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del capo	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	>90%	PRGLA	97,70%	Governo Tempi attesa	1

Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	>90%	PRGLA	94,20%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	>90%	PRGLA	99,50%	Governo Tempi attesa	1
Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	>90%	PRGLA	92,90%	Governo Tempi attesa	2
Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	>90%	PRGLA	97,80%	Governo Tempi attesa	1
Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	Aziendale		Qualità clinica di processo	13
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficienta mento energetico	4
Tempo medio refertazione esami TC richiesti da DEA	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami TC richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RX richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6

Tempo di esecuzione esami ecografici richiesti alle radiologie dai setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Tempo di refertazione esami RM richiesti da setting di ricovero	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					27

FIRMATO RICUPERO LETIZIA

Dipartimento	**Dipartimento Diagnostica per Immagini**
Direttore Dip.	**BARTOLUCCI MAURIZIO**
Area	**Area Gestione operativa**
Direttore Area	**CARPI ROBERTO**
SOC/SOS	**SOS Radiologie interventistica extravascolare**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Strutturazione di un percorso di prenotazione consulenze	Promozione percorso prenotazione consulenze dai reparti	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	80
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
la % dei consumi in ml di iodixanolo e iomeprolo/totale dei mezzi di contrasto iodati non ionici	>=55%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					4

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore/Resp:	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	9
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	9
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	9
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Analizzare quantitativamente e qualitativamente la casistica trattata (con dati medi giornalieri e principali categorie di pazienti trattati e risorse - esami/ consulenze richieste)	Report di attività			Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					16

GIANNASI GIANFRANCO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOC Medicina d'urgenza San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp:	**GIANNASI GIANFRANCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

GIANNASI GIANFRANCO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOC Medicina d'urgenza San Giuseppe**
Direttore/Resp:	**BARTALUCCI PAOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

BARTALUCCI PAOLA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOC Medicina d'urgenza San Jacopo**
Direttore/Resp:	**DONATI MIRCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

DONATI MIRCO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOC Medicina d'urgenza Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp:	**RUGGIANO GERMANA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

RUGGIANO GERMANA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOC Medicina d'urgenza Santa Maria Nuova**
Direttore/Resp:	**LANIGRA MICHELE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

LANIGRA MICHELE

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOC Medicina d'urgenza Santo Stefano**
Direttore/Resp:	**MAGAZZINI SIMONE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

MAGAZZINI SIMONE

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOC Medicina d'urgenza SS. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp:	**BUFFINI GIANLUCa**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

BUFFINI GIANLUCa

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOS Medicina d'urgenza Borgo San Lorenzo**
Direttore/Resp:	**DELLI LEONARDO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

DELLI LEONARDO

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOS Medicina d'urgenza Serristori**
Direttore/Resp:	**NON ASSEGNATA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Analizzare quantitativamente e qualitativamente la casistica trattata (con dati medi giornalieri e principali categorie di pazienti trattati e risorse - esami/ consulenze richieste)	Report di attività			Qualità clinica	86
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					4

NON ASSEGNATA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOS Osservazione breve S.Jacopo e coordinamento percorsi assistenziali PPS S.Marcello**
Direttore/Resp:	**NON ASSEGNATA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

NON ASSEGNATA

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOS Osservazione breve Santo Stefano**
Direttore/Resp:	**BALDINI ALESSIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di donatori utilizzati	>90%	MeS	83,33 (2023)	Qualità clinica	2
Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	MeS	21,66% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica	7
Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3,5%	MeS	4,11% (2023)	Qualità clinica	7
Visitati con codice 2 < 15 minuti	>85%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 3 < 60 minuti	>80%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10

Visitati con codice 4 < 120 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Visitati con codice 5 < 240 minuti	>75%	MeS	Nuovo	Qualità clinica	10
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	10
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Appropriatezza richiesta TC cranio nel trauma cranico lieve	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

BALDINI ALESSIO

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Medicina d'urgenza**
Direttore Area:	**GIANNASI GIANFRANCO**
SOC/SOS	**SOS Percorsi formativi medicina d'urgenza**
Direttore/Resp:	**DE CURTIS ERSILIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
% di eventi di formazione inseriti nel PAF effettuati/eventi proposti	>60%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	70
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività su attività formativa specifica Codice Rosa	Aziendale		Qualità clinica	11
Implementazione delle attività di simulazione all'interno del PAAF	realizzazione >80% eventi proposti			Qualità clinica	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					4

DE CURTIS ERSILIA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**Area Emergenza territoriale**
Direttore/Resp:	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

NICOLINI ANDREA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOC 118 Firenze, Prato ed elisoccorso regionale**
Direttore/Resp:	**NICOLINI ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

NICOLINI ANDREA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOC 118 Pistoia ed Empoli**
Direttore/Resp:	**NICOLINI ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

NICOLINI ANDREA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOC Centrali Operative NUE 112, NEA 116117**
Direttore/Resp:	**LUBRANI ALESSIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

LUBRANI ALESSIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Centrale operativa NEA 116117 Regione Toscana**
Direttore/Resp:	**SALADINO VALERIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

SALADINO VALERIA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Centrale Operativa NUE 112 Regione Toscana**
Direttore/Resp:	**LUBRANI ALESSIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

LUBRANI ALESSIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Emergenza territoriale Empoli**
Direttore/Resp:	**LO DICO JURI GIUSEPPE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

LO DICO JURI GIUSEPPE

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Emergenza territoriale Firenze I**
Direttore/Resp:	**SDRAFFA SERENA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

SDRAFFA SERENA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Emergenza territoriale Firenze II**
Direttore/Resp:	**CIPRIANI MASSIMO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

CIPRIANI MASSIMO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Emergenza territoriale Pistoia**
Direttore/Resp:	**GOLZIO CAMILLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

GOLZIO CAMILLA

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Emergenza territoriale Prato**
Direttore/Resp:	**GIULIANI GIORGIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

GIULIANI GIORGIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Percorsi formativi emergenza territoriale**
Direttore/Resp:	**RUGNA MARIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
% di eventi di formazione inseriti nel PAF effettuati/eventi proposti	>60%	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	90
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					3

RUGNA MARIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Toscana Soccorso**
Direttore/Resp:	**BULLETTI FEDERICO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

BULLETTI FEDERICO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Emergenza e area critica**
Direttore Dip.	**MAGAZZINI SIMONE**
Area	**Area Emergenza territoriale**
Direttore Area:	**NICOLINI ANDREA**
SOC/SOS	**SOS Vigilanza e controllo trasporti sanitari**
Direttore/Resp:	**BORTOLI NICOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Esculapio: Fornire reportistica periodica trimestrale su tempo risposta inserimento richiesta/accettazione trasporto urgente	Produzione report	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica	35
Intervallo allarme target mezzi di soccorso	<18	NSG	14	Qualità clinica	35
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					7

BORTOLI NICOLA

_____

Dipartimento del Farmaco - Dott.ssa Eleonora Pavone

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Aziendale		3			
Attività di ispezione presso magazzino capofila DPC Cofardis	Garantire almeno 6 ispezioni anno	Aziendale		3			
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale		3			
Centralizzazione in Farmacia della gestione del conto deposito definizione del progetto	Stesura del progetto e delle risorse necessarie per attuarlo nel 2026	Aziendale		3			
Centralizzazione preparazioni sterili oncologiche presso Presido Ospedaliero di OSMA per i DH dei Presidi Ospedalieri dell'Area metropolitana fiorentina , Pistoia e Pescia.	progettazione della presa in carico delle preparazioni oncologiche entro il 31/12/2025	Aziendale		3			
Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale		3			
Consegna diretta alla RSA degli alimenti per i pazienti ospiti di queste strutture	Attivazione percorso	Aziendale		3			
Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale		3			
Erogazione DM in assistenza integrativa (diretta, DPC, convenzionata, home delivery, service) tramite l'applicativo regionale previsto dall'accordo in vigore con le farmacie convenzionate.	valore atteso >=95%	Aziendale		3		Qualità clinica/di processo	72
Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale		3			
Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale		3			
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale		3			
Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale		3			
Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale		3			
Progetto di consegna domiciliare nutrizione ai pazienti afferenti alla Zona Sanitaria Empolese Valdelsa empolesi	Attivazione percorso	Aziendale		3			

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale		3			
Progetto formativo e informativo rivolto ai pediatri di libera scelta per la sensibilizzazione alla segnalazione di reazioni avverse a farmaci e vaccini	Realizzazione del percorso formativo	Aziendale		3			
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale		3			
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale		3			
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale		3			
Revisione procedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazioni relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale		3			
Predisporre reportistica semestrale sulle attività svolte	Produzione di almeno 6 report	Aziendale		3			
Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale AZ24- Struttura eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	Aziendale		3			
Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale		3			
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4	Tutte	Efficientamento energetico	4
Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Tutte		
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Tutte	Variabilità	14
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	4	Tutte		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio Clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		

Data

Il Direttore *Dott.ssa Eleonora Pavone*

_____

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore/ Resp	\

Obiettivo	Target	Fonte	Area	Peso
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Centralizzazione in Farmacia della gestione del conto deposito definizione del progetto	Stesura del progetto e delle risorse necessarie per attuarlo nel 2026	Aziendale	Qualità clinica/di processo	3

Centralizzazione preparazioni sterili oncologiche presso Presido Ospedaliero di OSMA per i DH dei Presidi Ospedalieri dell'Area metropolitana fiorentina , Pistoia e Pescia.	progettazione della presa in carico delle preparazioni oncologiche entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5

Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8
Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Predisporre reportistica semestrale sulle attività svolte dal laboratorio Galenico	Produzione report previsti	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale AZ24- Struttura eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	2

Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				23

100

FIRMATO
ANICHINI ALBERTO

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOC Farmacia di continuita'**
Direttore/ Resp	**PITTORRU MARIO**

Obiettivo	Target	Fonte	Area	Peso
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	23
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	25

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				11

100

FIRMATO

PITTORRU MARIO

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOC Farmacia Ospedaliera I**
Direttore/ Resp	**MORICONI SABINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8
Centralizzazione preparazioni sterili oncologiche presso Presido Ospedaliero di OSMA per i DH dei Presidi Ospedalieri dell'Area metropolitana fiorentina , Pistoia e Pescia.	progettazione della presa in carico delle preparazioni oncologiche entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8

Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	15
Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	2
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				20

100

FIRMATO MORICONI SABINA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOC Farmacia Ospedaliera II**
Direttore/ Resp	**ANICHINI ALBERTO**

Obiettivo	Target	Fonte	Area	Peso
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Centralizzazione in Farmacia della gestione del conto deposito definizione del progetto	Stesura del progetto e delle risorse necessarie per attuarlo nel 2026	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8

Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				20

100

FIRMATO ANICHINI ALBERTO

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Farmacia Territoriale I**
Direttore/ Resp	**CECCARELLI CRISTINA**

Obiettivo	Target	Fonte	Area	Peso
Attività di ispezione presso magazzino capofila DPC Cofardis	almeno 6	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Consegna diretta alla RSA degli alimenti per i pazienti ospiti di queste strutture	Attivazione percorso	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Erogazione DM in assistenza integrativa (diretta, DPC, convenzionata, home delivery, service) tramite l'applicativo regionale previsto dall'accordo in vigore con le farmacie convenzionate.	valore atteso >=95%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	15
Progetto di consegna domiciliare nutrizione ai pazienti afferenti alla Zona Sanitaria Empolese Valdelsa	Attivazione percorso	Aziendale	Qualità clinica/di processo	7

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				10

100

FIRMATO CECCARELLI CRISTINA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Farmacia Territoriale II**
Direttore/ Resp	**BONISTALLI LUCIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Attività di ispezione presso magazzino capofila DPC Cofardis	almeno 6	Aziendale	Qualità clinica/di processo	30
Consegna diretta alla RSA degli alimenti per i pazienti ospiti di queste strutture	Attivazione percorso	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Erogazione DM in assistenza integrativa (diretta, DPC, convenzionata, home delivery, service) tramite l'applicativo regionale previsto dall'accordo in vigore con le farmacie convenzionate.	valore atteso >=95%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				8

100

FIRMATO
BONISTALLI LUCIA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Governance farmaceutica**
Direttore/ Resp	**PAVONE ELEONORA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	15
Centralizzazione in Farmacia della gestione del conto deposito definizione del progetto	Stesura del progetto e delle risorse necessarie per attuarlo nel 2026	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo e informativo rivolto ai pediatri di libera scelta per la sensibilizzazione alla segnalazione di reazioni avverse a farmaci e vaccini	Realizzazione del percorso formativo	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5

Revisione procedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazioni relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				14

100

FIRMATO
PAVONE ELEONORA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Governance farmaceutica**
Direttore/ Resp	**PAVONE ELEONORA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	15
Centralizzazione in Farmacia della gestione del conto deposito definizione del progetto	Stesura del progetto e delle risorse necessarie per attuarlo nel 2026	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo e informativo rivolto ai pediatri di libera scelta per la sensibilizzazione alla segnalazione di reazioni avverse a farmaci e vaccini	Realizzazione del percorso formativo	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5

Revisione procedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazioni relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				14

100

FIRMATO PAVONE ELEONORA

DIPARTIMENTO del FARMACO
Direttore
Dr.ssa Eleonora Pavone

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SODS Farmaco dispositivo vigilanza**
Direttore/ Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	18
Progetto formativo e informativo rivolto ai pediatri di libera scelta per la sensibilizzazione alla segnalazione di reazioni avverse a farmaci e vaccini	Realizzazione del percorso formativo	Aziendale	Qualità clinica/di processo	16

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	18

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	18
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9
				100
			FIRMATO	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Appropriatezza dispositivi medici**
Direttore/ Resp	**BELLUGI SARA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Centralizzazione in Farmacia della gestione del conto deposito definizione del progetto	Stesura del progetto e delle risorse necessarie per attuarlo nel 2026	Aziendale	Qualità clinica/di processo	18
Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	25
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				8

100

FIRMATO
BELLUGI SARA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Appropriatezza farmaci**
Direttore/ Resp	**BATACCHI PAOLO**

Obiettivo	Target	Fonte	Area	Peso
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	15

Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Progetto formativo e informativo rivolto ai pediatri di libera scelta per la sensibilizzazione alla segnalazione di reazioni avverse a farmaci e vaccini	Realizzazione del percorso formativo	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Revisione procedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazioni relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

100

FIRMATO
BATACCHI PAOLO

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOS Farmacia di continuita' Careggi**
Direttore/ Resp	**PITTORRU MARIO**

Obiettivo	Target	Fonte	Area	Peso
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	40

Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	13
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	25

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				110
N. Obiettivi				11

110

FIRMATO

PITTORRU MARIO

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOS Farmacia ospedaliera Borgo San Lorenzo**
Direttore/ Resp	**BORSELLI GIOVANNA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	13
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	7

Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				18

100

FIRMATO BORSELLI GIOVANNA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOS Farmacia ospedaliera San Giovanni di Dio**
Direttore/ Resp	**RENZI SILVIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	13
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	7

Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				18

100

FIRMATO

RENZI SILVIA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOS Farmacia ospedaliera San Giuseppe**
Direttore/ Resp	**PELAGOTTI FILIPPO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8
Centralizzazione preparazioni sterili oncologiche presso Presido Ospedaliero di OSMA per i DH dei Presidi Ospedalieri dell'Area metropolitana fiorentina , Pistoia e Pescia.	progettazione della presa in carico delle preparazioni oncologiche entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8
Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	13
Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8

Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8
Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	3

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	3

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	3
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	4
Totale				100
N. Obiettivi				20

100

FIRMATO PELAGOTTI FILIPPO

_____

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOS Farmacia ospedaliera San Jacopo e SS.Cosma e Damiano**
Direttore/ Resp	**CAPPELLINI VALENTINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	7
Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	13
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				18

100

FIRMATO CAPPELLINI VALENTINA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOS Farmacia ospedaliera Santa Maria Annunziata e Serristori**
Direttore/ Resp	**BENCIVENNI LORENZO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8
Centralizzazione preparazioni sterili oncologiche presso Presido Ospedaliero di OSMA per i DH dei Presidi Ospedalieri dell'Area metropolitana fiorentina , Pistoia e Pescia.	progettazione della presa in carico delle preparazioni oncologiche entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	13

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8
Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	15

Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	7

Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	3

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				19

100

FIRMATO BENCIVENNI LORENZO

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOS Farmacia ospedaliera Santa Maria Nuova e Palagi**
Direttore/ Resp	**MORICONI SABINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Gestione dispositivi erogati in modalità conto deposito (DM individuati dal settore regionale competente)	valore atteso >=90% e almeno 2 ispezioni annuali	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	13
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	7

Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				18

100

FIRMATO MORICONI SABINA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOS Farmacia Ospedaliera Santo Stefano**
Direttore/ Resp	**TOCCAFONDI SARA**

Obiettivo	Target	Fonte	Area	Peso
Aumento attività in distribuzione diretta di erogazione farmaci a seguito di ricovero (modero 02)	>=10%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	8
Centralizzazione in Farmacia della gestione del conto deposito definizione del progetto	Stesura del progetto e delle risorse necessarie per attuarlo nel 2026	Aziendale	Qualità clinica/di processo	15

Collaborazione alla stesura delle liste farmaci reprotossici Produzione istruzione operativa per l'allestimento sicuro di sostanze reprotossiche in reparto	Lista e Istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	5
Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Gestione approvvigionamento interno ai reparti dei NAO a brevetto non scaduto attraverso apposito modulo e rendicontazione mensile delle richieste motivate	% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni>=50%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	obiettivo previsto dall'Accordo Attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Integrazione della PA.DA.01 "Gestione del processo di approvvigionamento da MAV" con specifica istruzione operativa di validazione, che regoli, sui prodotti di competenza delle farmacie la modalità operativa e le regole di validazione.	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Pubblicazione e attuazione del PDTAS	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Progetto formativo di aggiornamento del personale sanitario aziendale a seguito della revisione della Procedura Aziendale PA.DF.02 - Gestione della segnalazione di incidenti e reclami inerenti i dispositivi medici	Aderenza alle procedure operative in termini di tempistica, qualità e modalità di segnalazione.	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.01 - Gestione della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR), dei difetti e delle note informative importanti sui farmaci	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Revisione della Procedura Aziendale PA.DF.07 - Gestione degli Avvisi di sicurezza inerenti i dispositivi medici	Redazione di procedura aziendale revisionata	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Revisione Istruzione Operativa relativa al corretto scarico dei farmaci sul gestionale EDF	Redazione di istruzione operativa	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Indice di rotazione del magazzino	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Numero confezioni di farmaci erogati a paziente, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base del valore di tendenza centrale dei cinque presidi maggiori	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				19

100

FIRMATO TOCCAFONDI SARA

_____

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Farmacia territoriale Empoli**
Direttore/ Resp	**BECAGLI PAOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Attività di ispezione presso magazzino capofila DPC Cofardis	almeno 6	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Consegna diretta alla RSA degli alimenti per i pazienti ospiti di queste strutture	Attivazione percorso	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Erogazione DM in assistenza integrativa (diretta, DPC, convenzionata, home delivery, service) tramite l'applicativo regionale previsto dall'accordo in vigore con le farmacie convenzionate.	valore atteso >=95%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	15
Progetto di consegna domiciliare nutrizione ai pazienti afferenti alla Zona Sanitaria Empolese Valdelsa	Attivazione percorso	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

100

FIRMATO BECAGLI PAOLA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Farmacia territoriale Firenze**
Direttore/ Resp	**CECCARELLI CRISTINA**

Obiettivo	Target	Fonte	Area	Peso
Attività di ispezione presso magazzino capofila DPC Cofardis	almeno 6	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Consegna diretta alla RSA degli alimenti per i pazienti ospiti di queste strutture	Attivazione percorso	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Creazione di 3 HUB RSA aziendali	3 HUB attivi entro il 31/12/2025	Aziendale	Qualità clinica/di processo	12
Erogazione DM in assistenza integrativa (diretta, DPC, convenzionata, home delivery, service) tramite l'applicativo regionale previsto dall'accordo in vigore con le farmacie convenzionate.	valore atteso >=95%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

100

FIRMATO CECCARELLI CRISTINA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Farmacia territoriale Pistoia**
Direttore/ Resp	**BONISTALLI LUCIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Attività di ispezione presso magazzino capofila DPC Cofardis	almeno 6	Aziendale	Qualità clinica/di processo	30
Consegna diretta alla RSA degli alimenti per i pazienti ospiti di queste strutture	Attivazione percorso	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20

Erogazione DM in assistenza integrativa (diretta, DPC, convenzionata, home delivery, service) tramite l'applicativo regionale previsto dall'accordo in vigore con le farmacie convenzionate.	valore atteso >=95%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	10

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				8

100

FIRMATO
BONISTALLI LUCIA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Farmacia territoriale Prato**
Direttore/ Resp	**BRUNI SARA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Attività di ispezione presso magazzino capofila DPC Cofardis	almeno 6	Aziendale	Qualità clinica/di processo	30
Consegna diretta alla RSA degli alimenti per i pazienti ospiti di queste strutture	Attivazione percorso	Aziendale	Qualità clinica/di processo	25

Erogazione DM in assistenza integrativa (diretta, DPC, convenzionata, home delivery, service) tramite l'applicativo regionale previsto dall'accordo in vigore con le farmacie convenzionate.	valore atteso >=95%	Aziendale	Qualità clinica/di processo	20
Ispezione congiunta per la verifica della corretta detenzione di farmaci stupefacenti all'interno degli Hospice	Almeno una ispezione/anno per ciascun Hospice	Aziendale	Qualità clinica/di processo	7

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	4
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				8

100

FIRMATO
BRUNI SARA

Dipartimento	**Dipartimento del Farmaco**
Direttore Dip.	**PAVONE ELEONORA**
Area	**Area Farmacie ospedaliere**
Direttore Area	**ANICHINI ALBERTO**
SOC/SOS	**SOS Laboratorio Galenico**
Direttore/ Resp	**RUFFINO IRENE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Predisporre reportistica semestrale sulle attività svolte dal laboratorio Galenico	Produzione report previsti	Aziendale	Qualità clinica/di processo	30
Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale AZ24- Struttura eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	Aziendale	Qualità clinica/di processo	30
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio Clinico	7
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio Clinico	8
Totale				100
N. Obiettivi				6

100

FIRMATO

RUFFINO IRENE

_____

Dipartimento Medicina di Laboratorio - Dott. Franco Vocioni

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale		8		Qualità clinica di processo	71
Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	Aziendale		8			
Estrazione dati analitici e statistici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale		10			
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		10			
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale		15			
Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	Aziendale		10			
Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	Aziendale		10			
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4		Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5		Variabilità	15
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	10			
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5		Rischio Clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5			

Data

Il Direttore *Dott. Franco Vocioni*

_____

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Immunoematologia e medicina trasfusionale Firenze ed Empoli**
Direttore/Resp.	**VOCIONI FRANCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	6
Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	Aziendale	Qualità clinica di processo	65
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				6

FIRMATO VOCIONI FRANCO

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Immunoematologia e medicina trasfusionale Prato**
Direttore/Resp.	**CROCCO ANTONIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	6
Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	Aziendale	Qualità clinica di processo	65
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				6

FIRMATO CROCCO ANTONIO

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Microbiologia**
Direttore/Resp.	**BIANCHI LORIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	5
Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	35
Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	Aziendale	Qualità clinica di processo	31
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				7

FIRMATO BIANCHI LORIA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Officina trasfusionale**
Direttore/Resp.	**VOCIONI FRANCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Revisione del sistema di Controllo di Qualità degli emocomponenti prodotti	Revisione della procedura	Aziendale	Qualità clinica di processo	28
Analisi dei dati dei CQ sugli emocomponenti prodotti	Produzione reportistica relative a Globuli bianchi residui e dosaggio FVII	Aziendale	Qualità clinica di processo	28
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Programmazione Audit di qualità ai Centri Trasfusionali e UdR fornitori di emocomponenti			Rischio clinico	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100

N. Obiettivi				8

FIRMATO VOCIONI FRANCO

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Patologia Clinica e immunoallergologia Firenze**
Direttore/Resp.	**CASPRINI PATRIZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO CASPRINI PATRIZIA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Patologia Clinica Empoli e Pistoia**
Direttore/Resp.	**CELLI ALESSANDRA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO CELLI ALESSANDRA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Patologia Clinica Prato**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	Dipartimento Medicina di Laboratorio
Direttore Dip.	[redacted]
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	[redacted]
Direttore/Resp.	[redacted]

Obiettivo	Target	Fonte	Area	Peso
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT ~~tecnico~~ degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO Non Assegnata

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
Dipartimento Medicina Laboratorio
Il Direttore
Dott. Franco Vocioni

X Presa Visione

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
Dipartimento Medicina di Laboratorio
SOS Patologia Clinica Santo Stefano
Direttore Dr.ssa Annalisa Azzur

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Genetica e diagnostica di laboratorio**
Direttore/Resp.	**PRIVITERA ORSOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO PRIVITERA ORSOLA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale Borgo San Lorenzo e Serristori**
Direttore/Resp.	**SASSI ELENA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	6
Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	Aziendale	Qualità clinica di processo	65
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				6

FIRMATO SASSI ELENA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**VOCIONI FRANCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	6
Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	Aziendale	Qualità clinica di processo	65
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				6

FIRMATO VOCIONI FRANCO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	6
Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	Aziendale	Qualità clinica di processo	65
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				6
			FIRMATO	Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale San Jacopo e S.S. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**BERRETTI DANIELE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	6
Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	Aziendale	Qualità clinica di processo	65
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				6

FIRMATO BERRETTI DANIELE

_____

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**CAGLIUSO MARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	6
Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	Aziendale	Qualità clinica di processo	65
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				6

FIRMATO CAGLIUSO MARIA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Laboratorio immunoallergologia San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**MANFREDI MARIANGELA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica trimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				8

FIRMATO MANFREDI MARIANGELA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Microbiologia San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**MONTENORA IOLANDA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	5
Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	35
Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	Aziendale	Qualità clinica di processo	31
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				7

FIRMATO MONTENORA IOLANDA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Microbiologia San Jacopo**
Direttore/Resp.	**BIANCHI LORIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	5
Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	35
Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	Aziendale	Qualità clinica di processo	31
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				7

FIRMATO BIANCHI LORIA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Microbiologia Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**BIANCHI LORIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	5
Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	35
Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	Aziendale	Qualità clinica di processo	31
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				7

FIRMATO BIANCHI LORIA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Patologia clinica San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**VENEZIANI FRANCESCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO VENEZIANI FRANCESCA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Patologia Clinica San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**GELLI ANNA MARIA GRAZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO GELLI ANNA MARIA GRAZIA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Patologia Clinica San Jacopo e S.S. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**CELLI ALESSANDRA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO CELLI ALESSANDRA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Patologia clinica Santa Maria Annunziata e Serristori**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Patologia clinica Santa Maria Nuova e Borgo San Lorenzo**
Direttore/Resp.	**VENEZIANI FRANCESCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO VENEZIANI FRANCESCA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Patologia clinica Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**AZZURRI ANNALISA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	Aziendale	Qualità clinica di processo	21
Estrazione dati analitici e statitici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale	Qualità clinica di processo	10
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
TAT tecnico degli esami urgenti richiesti da Pronto Soccorso, con uno standard del 90%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Variabilità	8
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	7
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				9

FIRMATO AZZURRI ANNALISA

Dipartimento	**Dipartimento Medicina di Laboratorio**
Direttore Dip.	**VOCIONI FRANCO**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Tossicologia clinica e antidoping**
Direttore/Resp.	**BARONTI ROBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Area**	**Peso**
Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	Aziendale	Qualità clinica di processo	40
Valutazione dell'appropriatezza della richiesta do conferma dei risultati di screening su droghe d'abuso	Produzione reportistica		Qualità clinica di processo	20
Revisione della procedura per gli accertamenti previsti agli art. 186-187 del C.d.S. alla luce dell'attuale revision normativa	Procedura		Qualità clinica di processo	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Variabilità	6
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Rischio clinico	5
Totale				100
N. Obiettivi				7

FIRMATO BARONTI ROBERTO

Dipartimento Materno Infantile - Dott. Alberto Mattei

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	2	Tutte	Governo liste d'attesa	10
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	2	Tutte		
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	PRGLA	92,60%	1	Ginecologia		
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	PRGLA	88,10%	2	Ginecologia		
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	PRGLA	86,00%	2	Ginecologia		
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	PRGLA	99,50%	1	Ginecologia		
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	4	Pediatria	Qualità clinica / di processo	20
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	4	Ginecologia		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	1	Tutte		
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	NSG	15,74%	2	Ginecologia		
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	4	Ginecologia		
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	1	Ginecologia		
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		3	Pediatria		
	<20%	NSG	15,82%	1	Ginecologia		
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		5	Tutte	Integrazione ospedale/territorio	30
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		3	Tutte		
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		3	Tutte		
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		3	Ginecologia		
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		3	Ginecologia		

Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	3	Ginecologia		
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		5	Tutte		
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	1	Pediatria		
	>95%	NSG	97,12%	1	Pediatria		
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	3	Ginecologia		
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	3	Tutte		
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	3	Tutte	Qualità percepita	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4	Tutte	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	3	Ginecologia		
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	3	Pediatria	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	4	Tutte		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	5	Pediatria		
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	5	Ginecologia	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	0	Ginecologia		

Data

Il Direttore *Dott. Alberto Mattei*

_____

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	1

Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	NSG	15,74%	Qualità clinica / di processo	2
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	5
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	NSG	15,82%	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	4

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					29

FIRMA FLORIO PASQUALE MARIO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA AGOSTINIANI RINO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOC Ostetricia e Ginecologia Pistoia**
Direttore / Resp.	**FLORIO PASQUALE MARIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	NSG	15,82%	Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMA FLORIO PASQUALE MARIO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOC Ostetricia e ginecologia San Giovanni di Dio**
Direttore / Resp.	**MELONI CLAUDIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	NSG	15,82%	Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMA MELONI CLAUDIO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOC Ostetricia e ginecologia San Giuseppe**
Direttore / Resp.	**GABBANINI MASSIMO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	NSG	15,74%	Qualità clinica / di processo	5
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMA GABBANINI MASSIMO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOC Ostetricia e ginecologia Santa Maria Annunziata e Borgo San Lorenzo**
Direttore / Resp.	**MATTEI ALBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	NSG	15,74%	Qualità clinica / di processo	5
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMA MATTEI ALBERTO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOC Ostetricia e Ginecologia Santo Stefano**
Direttore / Resp.	**SCATENA ELISA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	NSG	15,82%	Qualità clinica / di processo	6
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					101
N. Obiettivi					28

FIRMA SCATENA ELISA

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOC Pediatria e Neonatologia/TIN Firenze I**
Direttore / Resp.	**MIRRI GIANPAOLO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA MIRRI GIANPAOLO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOC Pediatria e Neonatologia/TIN Santo Stefano**
Direttore / Resp.	**VASARRI PIERLUIGI**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA VASARRI PIERLUIGI

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOC Pediatria Firenze II**
Direttore / Resp.	**MIRRI GIANPAOLO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA MIRRI GIANPAOLO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOC Pediatria Pistoia**
Direttore / Resp.	**AGOSTINIANI RINO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA AGOSTINIANI RINO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOC Pediatria San Giuseppe**
Direttore / Resp.	**BERNARDINI ROBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA BERNARDINI ROBERTO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOS Chirurgia ginecologica mininvasiva Prato**
Direttore / Resp.	**SCATENA ELISA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	NSG	15,74%	Qualità clinica / di processo	5
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMA SCATENA ELISA

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOS Diagnosi prenatale e gravidanza a rischio Firenze**
Direttore / Resp.	**CORDISCO ADALGISA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	4
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	6
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4

Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	7
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	6
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	7
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMA CORDISCO ADALGISA

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOS Diagnosi prenatale e gravidanza a rischio Prato**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	4
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	6
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4

Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	7
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	6
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	7
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					21
				FIRMA	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Fertilita'consapevole**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	4
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	6
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4

Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	7
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	6
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	7
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					21
				FIRMA	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOS Ginecologia Piero Palagi**
Direttore / Resp.	**ANDERSSON KARIN LOUISE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	4
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	6
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4

Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	7
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	6
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	4
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	7
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMA ANDERSSON KARIN LOUISE

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOS Neonatologia e TIN Prato**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA

Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOS Ostetricia e ginecologia Borgo San Lorenzo**
Direttore / Resp.	**GIUSTI MARCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	NSG	15,74%	Qualità clinica / di processo	5
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMA GIUSTI MARCO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOS Ostetricia e ginecologia SS.Cosma e Damiano**
Direttore / Resp.	**ERRICHIELLO LUIGI**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	NSG	15,82%	Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMA ERRICHIELLO LUIGI

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOS Ostetricia e ginecologia San Jacopo**
Direttore / Resp.	**FLORIO PASQUALE MARIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	NSG	15,82%	Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMA FLORIO PASQUALE MARIO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Ostetricia e ginecologia**
Direttore Area	**FLORIO PASQUALE MARIO**
SOC/SOS	**SOS Ostetricia e ginecologia Santa Maria Annunziata**
Direttore / Resp.	**CIONI RICCARDO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90%	PRGLA	92,60%	Governo liste d'attesa	1
Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,10%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	86,00%	Governo liste d'attesa	2
Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	99,50%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	MeS	9,96	Qualità clinica / di processo	4
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2

Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	NSG	15,74%	Qualità clinica / di processo	5
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo		PNE-core	26,88%	Qualità clinica / di processo	7
Proporzione di episiotomie in parti vaginali	<5%	PNE-core	2,74%	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	MeS	33,33%	Integrazione ospedale/territori	3

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	44,27%	Integrazione ospedale/territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Percentuale di isterectomie laparoscopiche/totale isterectomie	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Gara energy: individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	Produzione di documento	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Rispetto dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ultrasuoni	>= 90%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	0
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMA CIONI RICCARDO

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOS Pediatria Borgo San Lorenzo**
Direttore / Resp.	**DI SILVIO ROSALIA EMIDIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA DI SILVIO ROSALIA EMIDIA

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOS Pediatria SS. Cosma e Damiano**
Direttore / Resp.	**BARONTINI FERNANDA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA BARONTINI FERNANDA

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOS Pediatria San Giovanni di Dio**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Materno Infantile**
Direttore Dip.	**MATTEI ALBERTO**
Area	**Area Pediatria e neonatologia**
Direttore Area	**AGOSTINIANI RINO**
SOC/SOS	**SOS Pediatria San Jacopo**
Direttore / Resp.	**GHIONE SILVIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	MeS	37,93	Qualità clinica / di processo	8
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	4
Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	Aziendale		Qualità clinica / di processo	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	10
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Integrazione ospedale/territorio	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Integrazione ospedale/territorio	10

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Integrazione ospedale/territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Prescrizione di antibiotici nei reparti pediatrici	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni amoxicillina sul totale amoxicillina + amoxi/clavulanato	>=25%	Aziendale	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					16

FIRMA GHIONE SILVIA

Dipartimento Specialistiche Mediche - Dott. Pasquale Palumbo

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	1	Tutte		
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	2	Tutte		
Tempi di attesa elettromiografia	>90%	PNLGA	83,40%	2	Neurologia		
Tempi di attesa elettrocardiogramma	>90%	PNLGA	99,40%	1	Cardiologia		
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	>90%	PNLGA	93,70%	1	Gastroenterologia		
Tempi di attesa spirometria semplice	>90%	PNLGA	96,10%	1	Pneumologia		
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	>90%	PNLGA	96,80%	1	Cardiologia		
Tempi di attesa visita Cardiologica	>90%	PNLGA	95,40%	1	Cardiologia		
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	>90%	PNLGA	95,50%	1	Cardiologia		
Coronarografia	>90%	PNLGA	97,90%	1	Cardiologia		
Angioplastica Coronarica (PTCA)	>90%	PNLGA	99,20%	1	Cardiologia	Governo liste d'attesa	25
Tempi di attesa visita Neurologica	>90%	PNLGA	94,70%	1	Neurologia		
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	>90%	PNLGA	97,90%	1	Gastroenterologia		
Tempi di attesa visita Pneumologica	>90%	PNLGA	80,90%	3	Pneumologia		
Tempi di attesa colonscopia	>90%	PNLGA	89,10%	1	Gastroenterologia		
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	>90%	PNLGA	91,50%	1	Cardiologia		
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	>90%	PNLGA	97,60%	1	Cardiologia		
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	>90%	PNLGA	98,50%	1	Gastroenterologia		
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	>90%	PNLGA	100%	1	Cardiologia		
Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	>90%	PNLGA	99,50%	1	Cardiologia		
Tempi di attesa spirometria globale	>90%	PNLGA	91,50%	1	Pneumologia		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	1	Tutte		
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	meno 0,52 (2023)	1	Tutte		
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	NSG	40,51%	2	Gastroenterologia		
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	<8%	PNE-tree map	12,89% (2023)	2	Nefrologia		
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	MeS	29,16 % (2023)	2	Pneumologia		
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	MeS	50,01% (2023)	2	Pneumologia		
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	MeS	19,91% (2023)	2	Pneumologia		

Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	MeS	66,47%	2	Pneumologia	Qualità clinica di processo	31
Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	<8%	PNE-tree map	5,52% (2023)	1	Neurologia		
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	>75%	MeS	69,92% (2023)	1	Cardiologia		
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	>85%	MeS	83,04% (2023)	1	Cardiologia		
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80%	MeS	69,21% (2023)	2	Cardiologia		
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	>90%	PNE-tree map	64,69% (2023)	2	Cardiologia		
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	PNE-tree map	5,6% (2023)	2	Cardiologia		
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	PNE	7,52% (2023)	2	Cardiologia		
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	NSG (no core)	61,01%	2	Cardiologia		
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	NSG (no core)	16,75%	2	Cardiologia		
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	NSG (no core)	64,17%	2	Cardiologia		
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		2	Tutte	Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		2	Tutte		
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	3	Tutte	Qualità percepita	6
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramen	Aziendale	Nuovo	3	Tutte		
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4		Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Da definire con i direttori	Aziendale	Nuovo	1	Neurologia	Variabilità	10
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Da definire con i direttori	Aziendale	Nuovo	1	Neurologia		
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Da definire con i direttori	Aziendale	Nuovo	1	Neurologia		
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Da definire con i direttori	Aziendale	Nuovo	1	Cardiologia		
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Da definire con i direttori	Aziendale	Nuovo	1	Cardiologia		
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Da definire con i direttori	Aziendale	Nuovo	1	Cardiologia		
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Da definire con i direttori	Aziendale	Nuovo	1	Gastroenterologia		

% pazienti in dialisi peritoneale	Da definire con i direttori	Aziendale	Nuovo	2	Nefrologia		
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	1	Tutte		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5			
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	2	Cardiologia	Farmaci / Dispositivi	10
% delle confezioni di farmaci per aerosol a base di LABA+ICS genericate rispetto al totale delle confezioni di LABA+ICS	>60%	Farmacia		2	Pneumologia		
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	>70%	Farmacia		2	Neurologia		
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	>=98%	Farmacia	Nuovo	2	Gastroenterologia / Nefrologia		
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	2	Gastroenterologia / Nefrologia		

Data

Il Direttore *Dott. Pasquale Palumbo*

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**Area Cardio-Toracica**
Direttore/Resp.	\

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa spirometria semplice	PNLGA	96,10%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Pneumologica	PNLGA	80,90%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa spirometria globale	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	1
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	29,16 % (2023)	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	50,01% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	MeS	19,91% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	MeS	66,47%	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	NE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	NE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2

IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
% delle confezioni di farmaci per aerosol a base di LABA+ICS genericate rispetto al totale delle confezioni di LABA+ICS	Farmacia		Farmaci/dispositivi	5
Totale				100
N. Obiettivi				43
			FIRMATO	COMEGLIO MARCO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOC Cardiologia Firenze I**
Direttore/Resp.	**MILLI MASSIMO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO MILLI MASSIMO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOC Cardiologia Firenze II**
Direttore/Resp.	**CHECHI TANIA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO CHECHI TANIA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOC Cardiologia Pistoia**
Direttore/Resp.	**COMEGLIO MARCO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO COMEGLIO MARCO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOC Cardiologia San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**DEL ROSSO ATTILIO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO DEL ROSSO ATTILIO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOC Cardiologia Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**TOSO ANNA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO TOSO ANNA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOC Pneumologia**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa spirometria semplice	PNLGA	96,10%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Pneumologica	PNLGA	80,90%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa spirometria globale	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	29,16 % (2023)	Qualità clinica di processo	6
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	50,01% (2023)	Qualità clinica di processo	6
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	MeS	19,91% (2023)	Qualità clinica di processo	6

Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	MeS	66,47%	Qualità clinica di processo	6
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% delle confezioni di farmaci per aerosol a base di LABA+ICS genericate rispetto al totale delle confezioni di LABA+ICS	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				20

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Broncologia ed endoscopia bronchiale Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**INNOCENTI BRUNI GIULIA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa spirometria semplice	PNLGA	96,10%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Pneumologica	PNLGA	80,90%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa spirometria globale	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	29,16 % (2023)	Qualità clinica di processo	6
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	50,01% (2023)	Qualità clinica di processo	6

Residenti con BPCO con almeno una spirometria	MeS	19,91% (2023)	Qualità clinica di processo	6
Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	MeS	66,47%	Qualità clinica di processo	6
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% delle confezioni di farmaci per aerosol a base di LABA+ICS genericate rispetto al totale delle confezioni di LABA+ICS	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10

Totale				100
N. Obiettivi				20
			FIRMATO	INNOCENTI BRUNI GIULIA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Cardiologia Borgo San Lorenzo e Serristori**
Direttore/Resp.	**BANDINI FABRIZIO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO BANDINI FABRIZIO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Cardiologia interventistica**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	1
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	5
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	5
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	1

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	1
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	5
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Cardiologia San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**PACENTI GINO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO PACENTI GINO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Cardiologia San Jacopo**
Direttore/Resp.	**COMEGLIO MARCO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO COMEGLIO MARCO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Cardiologia Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**FAZI ANTONIO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO FAZI ANTONIO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Cardiologia Santa Maria Nuova e Palagi**
Direttore/Resp.	**CIRIELLO GIUSEPPE**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO CIRIELLO GIUSEPPE

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Cardiologia SS. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**STROPPA STEFANO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO STROPPA STEFANO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Emodinamica San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	1
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	5
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	5
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	1
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	1

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	1
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	5
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Fisiopatologia respiratoria**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa spirometria semplice	PNLGA	96,10%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Pneumologica	PNLGA	80,90%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa spirometria globale	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	29,16 % (2023)	Qualità clinica di processo	6
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	50,01% (2023)	Qualità clinica di processo	6
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	MeS	19,91% (2023)	Qualità clinica di processo	6

Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	MeS	66,47%	Qualità clinica di processo	6
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% delle confezioni di farmaci per aerosol a base di LABA+ICS genericate rispetto al totale delle confezioni di LABA+ICS	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				20

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Pneumologia ed endoscopia bronchiale San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**SANNA ANTONIO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa spirometria semplice	PNLGA	96,10%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Pneumologica	PNLGA	80,90%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa spirometria globale	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	29,16 % (2023)	Qualità clinica di processo	6
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	50,01% (2023)	Qualità clinica di processo	6

Residenti con BPCO con almeno una spirometria	MeS	19,91% (2023)	Qualità clinica di processo	6
Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	MeS	66,47%	Qualità clinica di processo	6
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% delle confezioni di farmaci per aerosol a base di LABA+ICS genericate rispetto al totale delle confezioni di LABA+ICS	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10

Totale				100
N. Obiettivi				20
			FIRMATO	SANNA ANTONIO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Pneumologia ed endoscopia bronchiale San Jacopo e SS.Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**FABBRI ALESSANDRO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa spirometria semplice	PNLGA	96,10%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Pneumologica	PNLGA	80,90%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa spirometria globale	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	29,16 % (2023)	Qualità clinica di processo	6
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	50,01% (2023)	Qualità clinica di processo	6

Residenti con BPCO con almeno una spirometria	MeS	19,91% (2023)	Qualità clinica di processo	6
Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	MeS	66,47%	Qualità clinica di processo	6
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% delle confezioni di farmaci per aerosol a base di LABA+ICS genericate rispetto al totale delle confezioni di LABA+ICS	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10

Totale				100
N. Obiettivi				20
			FIRMATO	FABBRI ALESSANDRO

SOS Pneumologia ed endoscopia bronchiale Santo Stefano

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Pneumologia ed endoscopia bronchiale Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**GOTI PATRIZIO**

Obiettivo	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa spirometria semplice	PNLGA	96,10%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Pneumologica	PNLGA	80,90%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa spirometria globale	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	29,16 % (2023)	Qualità clinica di processo	6
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	MeS	50,01% (2023)	Qualità clinica di processo	6

Residenti con BPCO con almeno una spirometria	MeS	19,91% (2023)	Qualità clinica di processo	6
Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	MeS	66,47%	Qualità clinica di processo	6
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% delle confezioni di farmaci per aerosol a base di LABA+ICS genericate rispetto al totale delle confezioni di LABA+ICS	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10

Totale				100
N. Obiettivi				20
			FIRMATO	GOTI PATRIZIO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Riabilitazione Cardiologica**
Direttore/Resp.	**ROSSINI DUCCIO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	3
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	3

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	1
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO ROSSINI DUCCIO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**Area Gastro-Nefrologica**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	5
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	5
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	5
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	3
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	5

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5

% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Totale				100
N. Obiettivi				22
			FIRMATO	TARANTINO OTTAVIANO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Firenze**
Direttore/Resp.	**TARANTINO OTTAVIANO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	TARANTINO OTTAVIANO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOC Gastroenterologia ed endoscopa digestiva Pistoia-Prato**
Direttore/Resp.	**LOMBARDI MARIO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	LOMBARDI MARIO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**TARANTINO OTTAVIANO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	TARANTINO OTTAVIANO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOC Nefrologia e dialisi Firenze I e Empoli**
Direttore/Resp.	**ROSATI ALBERTO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15
			FIRMATO	ROSATI ALBERTO

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOC Nefrologia e dialisi Firenze II**
Direttore/Resp.	**DATTOLO PIETRO CLAUDIO GIOVA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15

FIRMATO ATTOLO PIETRO CLAUDIO GIO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOC Nefrologia e dialisi Pistoia**
Direttore/Resp.	**CAPITANINI ALESSANDRO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15
			FIRMATO	CAPITANINI ALESSANDRO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOC Nefrologia e dialisi Prato**
Direttore/Resp.	**CAMPOLO GESUALDO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15
			FIRMATO	CAMPOLO GESUALDO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Borgo San Lorenzo**
Direttore/Resp.	**LABARDI MAURIZIO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	LABARDI MAURIZIO

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva San Giovanni di Dio e Santa Maria Nuova**
Direttore/Resp.	**TARANTINO OTTAVIANO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	TARANTINO OTTAVIANO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva San Jacopo**
Direttore/Resp.	**LOMBARDI MARIO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	LOMBARDI MARIO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**RICCARDI DONATO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	RICCARDI DONATO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**CIANCIO GIUSEPPE**

Obiettivo	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	CIANCIO GIUSEPPE

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva S.S. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**MONTALTO PAOLO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	PNLGA	93,70%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	7
Tempi di attesa colonscopia	PNLGA	89,10%	Governo liste di attesa	10
Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	PNLGA	98,50%	Governo liste di attesa	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Esofagogastroduodenoscopia in sedazione nel setting ambulatoriale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	MONTALTO PAOLO

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Immunopatologia renale**
Direttore/Resp.	**SOMMA CHIARA**

Obiettivo	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15
			FIRMATO	SOMMA CHIARA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Malattie infiammatorie croniche intestinali**
Direttore/Resp.	**CALELLA FRANCESCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Coordinamento e organizzazione bimensile delle riunioni aziendali del GIM (gruppo multidisplinare MICI)	≥ 18/anno, Report	Aziendale		Qualità clinica di processo	35
Valutazione e presa in carico di oltre il 95% dei casi complessi/severi di MICI con inquadramento diagnostico precoce e rapidità di accesso ai servizi ambulatoriali e di degenza dedicati	>95%, Report	Aziendale		Qualità clinica di processo	35
Tempi di attesa visita Gastroenterologica	>90%	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	3
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					10
				FIRMATO	CALELLA FRANCESCA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Nefrologia e dialisi Borgo San Lorenzo**
Direttore/Resp.	**SIMONE GIUSEPPINA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15
			FIRMATO	SIMONE GIUSEPPINA

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Nefrologia e dialisi San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**ROSATI ALBERTO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15
			FIRMATO	ROSATI ALBERTO

Dipartimento		**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.		**PALUMBO PASQUALE**
Area		**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area		**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS		**SOS Nefrologia e dialisi San Giuseppe**
Direttore/Resp.		**FINATO VIVIANA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	25	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa		2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	31	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo		10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo		15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	4	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio		10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	6	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita		3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità		10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità		5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	10	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico		5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi		10
Totale					100
N. Obiettivi					15
			FIRMATO		TOSI BENEDETTA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Nefrologia e dialisi San Jacopo**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15
			FIRMATO	Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Nefrologia e dialisi Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**FERRO GIUSEPPE**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15
			FIRMATO	FERRO GIUSEPPE

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Nefrologia e dialisi SMN**
Direttore/Resp.	**TOSI BENEDETTA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	<8%	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Da definire con i direttori	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	>=98%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					15
				FIRMATO	TOSI BENEDETTA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Nefrologia e dialisi S.S. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**PILUSO CARMELO ADRIANO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	6
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	NE-tree ma	12,89% (2023)	Qualità clinica di processo	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				15
			FIRMATO	PILUSO CARMELO ADRIANO

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Gastro-Nefrologica**
Direttore Area	**TARANTINO OTTAVIANO**
SOC/SOS	**SOS Transizione pediatrico-adulto per le malattie renali**
Direttore/Resp.	**RAVAGLIA FIAMMETTA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	6
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	40
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
% pazienti in dialisi peritoneale	Partecipazione incontri variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
%up Eritropoietine biosimilari (ATC B0XA01 e B03XA02) rispetto alle up dei farmaci di questa categoria (ATC B03XA)	>=98%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					10
				FIRMATO	RAVAGLIA FIAMMETTA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**Area delle Neuroscienze**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettromiografia	PNLGA	83,40%	Governo liste di attesa	8
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	8
Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	NE-tree ma	5,52% (2023)	Qualità clinica di processo	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	GUIDI LEONELLO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**SOC Neurologia Empoli**
Direttore/Resp.	**GUIDI LEONELLO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettromiografia	PNLGA	83,40%	Governo liste di attesa	8
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	8
Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	NE-tree ma	5,52% (2023)	Qualità clinica di processo	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	GUIDI LEONELLO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**SOC Neurologia Firenze**
Direttore/Resp.	**CINCOTTA MASSIMO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettromiografia	PNLGA	83,40%	Governo liste di attesa	8
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	8
Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	NE-tree ma	5,52% (2023)	Qualità clinica di processo	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19

FIRMATO CINCOTTA MASSIMO

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**SOC Neurologia Pistoia**
Direttore/Resp.	**VOLPI GINO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettromiografia	PNLGA	83,40%	Governo liste di attesa	8
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	8
Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	NE-tree ma	5,52% (2023)	Qualità clinica di processo	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	VOLPI GINO

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**SOC Neurologia Prato**
Direttore/Resp.	**PALUMBO PASQUALE**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettromiografia	PNLGA	83,40%	Governo liste di attesa	8
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	8
Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	NE-tree ma	5,52% (2023)	Qualità clinica di processo	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	PALUMBO PASQUALE

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**SOS Centro cerebrolesioni acquisite**
Direttore/Resp.	**CHIARAMONTI ROBERTA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	10
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	10
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				93
N. Obiettivi				17
			FIRMATO	CHIARAMONTI ROBERTA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**SOS Centro per la diagnosi e la cura delle malattie disimmuni e infiammatorie del sistema nervoso centrale**
Direttore/Resp.	**FALCINI MARIO**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				84
N. Obiettivi				17
			FIRMATO	FALCINI MARIO

SOS Day Service Neurologia Prato

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**SOS Day Service Neurologia Prato**
Direttore/Resp.	**PIERSANTI PATRIZIA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	5
Tempi di attesa elettromiografia	PNLGA	83,40%	Governo liste di attesa	15
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	15
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				14
			FIRMATO	PIERSANTI PATRIZIA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area Cardio-Toracica**
Direttore Area	**COMEGLIO MARCO**
SOC/SOS	**SOS Elettrofisiologia**
Direttore/Resp.	**GIOMI ANDREA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	PNE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO GIOMI ANDREA

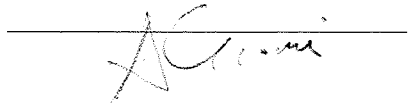
Dipartimento	[redacted]
Direttore Dip.	[redacted]
Area	Area Cardio-Toracica
Direttore Area	COMEGLIO MARCO
SOC/SOS	[redacted]
Direttore/Resp.	

Obiettivo	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma	PNLGA	99,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	PNLGA	96,80%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa visita Cardiologica	PNLGA	95,40%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	PNLGA	95,50%	Governo liste di attesa	2
Coronarografia	PNLGA	97,90%	Governo liste di attesa	2
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PNLGA	99,20%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	PNLGA	91,50%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	PNLGA	97,60%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	PNLGA	100%	Governo liste di attesa	2

Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	PNLGA	99,50%	Governo liste di attesa	2
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	MeS	69,92% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	MeS	83,04% (2023)	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	MeS	69,21% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	NE-tree ma	64,69% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	NE-tree ma	5,6% (2023)	Qualità clinica di processo	2
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	PNE	7,52% (2023)	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	61,01%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	NSG	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	NSG	64,17%	Qualità clinica di processo	3

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione ecocardiografia per pazienti ricoverati	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Tempo effettuazione consulenza cardiologica nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	2
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				35

FIRMATO GIOMI ANDREA



Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**SOS Epilettologia**
Direttore/Resp.	**TRAMACERE LUCIANA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettromiografia	PNLGA	83,40%	Governo liste di attesa	8
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	8
Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	NE-tree ma	5,52% (2023)	Qualità clinica di processo	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	TRAMACERE LUCIANA

Dipartimento	**Dipartimento delle Specialistiche mediche**
Direttore Dip.	**PALUMBO PASQUALE**
Area	**Area delle Neuroscienze**
Direttore Area	**GUIDI LEONELLO**
SOC/SOS	**SOS Neurologia Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**TOSCANI LUCIA**

Obiettivo	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	2
Tempi di attesa elettromiografia	PNLGA	83,40%	Governo liste di attesa	8
Tempi di attesa visita Neurologica	PNLGA	94,70%	Governo liste di attesa	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	NSG	0,11	Qualità clinica di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	MeS	-0,52 (2023)	Qualità clinica di processo	8
Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	NE-tree ma	5,52% (2023)	Qualità clinica di processo	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo effettuazione consulenza neurologica in PS adulti	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Tempo effettuazione consulenze neurologiche nei setting di ricovero	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Richieste TC cranio a seguito di consulenza neurologica a pazienti in PS con cefalea	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
utilizzo in pazienti con emicrania anticorpo monoclonale sc a più basso costo rispetto alla totalità delle terapie orali o sc (escluso ev)	Farmacia		Farmaci/dispositivi	10
Totale				100
N. Obiettivi				19
			FIRMATO	TOSCANI LUCIA

Dipartimento Medicina Multidimensionale - Dott. Enrico Benvenuti

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Tempi di attesa visita Reumatologica	>90%	PNGLA	98,20%	1	Reumatologia	Governo liste di attesa	14
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	4	Dermatologia		
Tempi di attesa visita Endocrinologica	>90%	PNGLA	89%	2	Endocrinologia		
Tempi di attesa visita Allergologica	>90%	PNGLA	94,70%	1	Allergologia		
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	2	Dermatologia		
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	2	Tutte		
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	2	Tutte		
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	30,14% (2023)	3	Diabetologia		
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	3	Tutte		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	1	Tutte		
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	3	Medicina Interna / Geriatria		

Dipartimento Medicina Multidimensionale - Dott. Enrico Benvenuti

Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	4	Medicina Interna / Geriatria	Qualità clinica / di processo	31
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta- bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	3	Medicina Interna / Geriatria		
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	58,37% (2023)	1	Diabetologia		
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	MeS	18,45% (2023)	2	Geriatria		
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	MeS	28,81% (2023)	3	Diabetologia		
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero		meno 0,52 (2023)	1	Tutte		
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	2	Tutte		
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	2	Tutte		
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	MeS	9,67% (2023)	3	Geriatria		
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	Aziendale		2	Tutte		
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		3	Tutte		

Dipartimento Medicina Multidimensionale - Dott. Enrico Benvenuti

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		2	Tutte	Integrazione Ospedale Territorio	15
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		2	Tutte		
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		3	Tutte		
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		3	Tutte		
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	3	Tutte	Qualità percepita	6
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	3	Tutte		
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale			Tutte	Efficentamento energetico	4
Tempestività consulenza diabetologica per ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	3	Diabetologia		
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	3	Medicina Interna	Variabilità	10

Dipartimento Medicina Multidimensionale - Dott. Enrico Benvenuti

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	4	Tutte		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio Clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	3	Tutte	Farmaci / Dispositivi	10
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	3	Tutte		
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	2	Tutte		
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	2	Tutte		

Data

Il Direttore *Dott. Enrico Benvenuti*

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore/Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Reumatologica	>90%	PNGLA	98,20%	Governo liste di attesa	8
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	8
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	8
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	2

Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO MANNONI ALESSANDRO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOC Dermatologia I Piero Palagi**
Direttore/Resp.	**PIMPINELLI NICOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO PIMPINELLI NICOLA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOC Dermatologia II Piero Palagi**
Direttore/Resp.	**PIMPINELLI NICOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO PIMPINELLI NICOLA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOC Dermatologia Pistoia Prato**
Direttore/Resp.	**TAVITI FRANCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO TAVITI FRANCA

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOC Malattie infettive I**
Direttore/Resp.	**BARTALESI FILIPPO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
erogazione consulenze infettivologiche entro 48 ore, >90%	>90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Redazione 100% piani terapeutici AIFA relativi ai Farmaci Reserve (in accordo con la SOC Governance Farmaceutica)	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
attivazione di un percorso e ambulatorio dedicato allo screening infettivologico dei pazienti non oncologici candidati a terapie immunosoppressive/immunomodulanti	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di televisite di controllo sul totale visite di controllo	>7,5%	egione Tosca	5,2 (2024)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Due indicatori per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO BARTALESI FILIPPO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOC Malattie infettive II**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
erogazione consulenze infettivologiche entro 48 ore, >90%	>90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Redazione 100% piani terapeutici AIFA relativi ai Farmaci Reserve (in accordo con la SOC Governance Farmaceutica)	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
attivazione di un percorso e ambulatorio dedicato allo screening infettivologico dei pazienti non oncologici candidati a terapie immunosoppressive/immunomodulanti	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di televisite di controllo sul totale visite di controllo	>7,5%	egione Tosca	5,2 (2024)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Due indicatori per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOC Reumatologia**
Direttore/Resp.	**MANNONI ALESSANDRO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Reumatologica	>90%	PNGLA	98,20%	Governo liste di attesa	35
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO MANNONI ALESSANDRO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Day Service Reumatologico Palagi**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Reumatologica	>90%	PNGLA	98,20%	Governo liste di attesa	35
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					13
				FIRMATO	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Dermatologia allergologica, professionale e ambientale**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13
				FIRMATO	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Dermatologia San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**BRANDINI LUCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO BRANDINI LUCA

SOS Dermatologia San Jacopo e SS. Cosma e Damiano

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Dermatologia San Jacopo e SS. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13
				FIRMATO	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Dermatologia Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**TAVITI FRANCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO TAVITI FRANCA

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Dermatologica speciale medica**
Direttore/Resp.	**ANTIGA EMILIANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO ANTIGA EMILIANO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Malattie cutanee croniche e terapie biologiche**
Direttore/Resp.	**PRIGNANO FRANCESCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO PRIGNANO FRANCESCA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Malattie infettive San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**BRIZZI MAURO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
erogazione consulenze infettivologiche entro 48 ore, >90%	>90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Redazione 100% piani terapeutici AIFA relativi ai Farmaci Reserve (in accordo con la SOC Governance Farmaceutica)	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
attivazione di un percorso e ambulatorio dedicato allo screening infettivologico dei pazienti non oncologici candidati a terapie immunosoppressive/immunomodulanti	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di televisite di controllo sul totale visite di controllo	>7,5%	egione Tosca	5,2 (2024)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Due indicatori per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO BRIZZI MAURO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Malattie infettive San Jacopo**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
erogazione consulenze infettivologiche entro 48 ore, >90%	>90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Redazione 100% piani terapeutici AIFA relativi ai Farmaci Reserve (in accordo con la SOC Governance Farmaceutica)	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
attivazione di un percorso e ambulatorio dedicato allo screening infettivologico dei pazienti non oncologici candidati a terapie immunosoppressive/immunomodulanti	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di televisite di controllo sul totale visite di controllo	>7,5%	egione Tosca	5,2 (2024)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Due indicatori per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Malattie infettive Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
erogazione consulenze infettivologiche entro 48 ore, >90%	>90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Redazione 100% piani terapeutici AIFA relativi ai Farmaci Reserve (in accordo con la SOC Governance Farmaceutica)	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
attivazione di un percorso e ambulatorio dedicato allo screening infettivologico dei pazienti non oncologici candidati a terapie immunosoppressive/immunomodulanti	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di televisite di controllo sul totale visite di controllo	>7,5%	egione Tosca	5,2 (2024)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Due indicatori per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Malattie infettive Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
erogazione consulenze infettivologiche entro 48 ore, >90%	>90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Redazione 100% piani terapeutici AIFA relativi ai Farmaci Reserve (in accordo con la SOC Governance Farmaceutica)	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
attivazione di un percorso e ambulatorio dedicato allo screening infettivologico dei pazienti non oncologici candidati a terapie immunosoppressive/immunomodulanti	Report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	10
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2

Proporzione di televisite di controllo sul totale visite di controllo	>7,5%	egione Tosca	5,2 (2024)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Due indicatori per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Malattie rare dermatologiche**
Direttore/Resp.	**CAPRONI MARZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Dermatologica	>90%	PNGLA	80,70%	Governo liste di attesa	25
Interventi chirurgici per melanoma	>90%	PNGLA	89,30%	Governo liste di attesa	25
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	6
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO CAPRONI MARZIA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Reumatologia San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**BENUCCI MAURIZIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Reumatologica	>90%	PNGLA	98,20%	Governo liste di attesa	35
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO BENUCCI MAURIZIO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**
Direttore Area	**MANNONI ALESSANDRO**
SOC/SOS	**SOS Reumatologia Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**NICCOLI LAURA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Reumatologica	>90%	PNGLA	98,20%	Governo liste di attesa	35
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					13

FIRMATO NICCOLI LAURA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore/Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	5

Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	MeS	18,45% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	MeS	9,67% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	3

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3

% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					29

FIRMATO PANIGADA GRAZIA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Geriatria Firenze ed Empoli**
Direttore/Resp.	**BENVENUTI ENRICO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	4

Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	MeS	18,45% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	MeS	9,67% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	3
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	3
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2

Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					28

FIRMATO BENVENUTI ENRICO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Geriatria Pistoia**
Direttore/Resp.	**TONON ELISABETTA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	MeS	18,45% (2023)	Qualità clinica / di processo	5

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	MeS	9,67% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					25

FIRMATO TONON ELISABETTA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Geriatria Prato**
Direttore/Resp.	**CALVANI DONATELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	MeS	18,45% (2023)	Qualità clinica / di processo	5

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	MeS	9,67% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					25

FIRMATO CALVANI DONATELLA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna Borgo San Lorenzo**
Direttore/Resp.	**RISALITI FILIPPO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO RISALITI FILIPPO

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna I San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**FORTINI ALBERTO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO FORTINI ALBERTO

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna I San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**TARQUINI ROBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO TARQUINI ROBERTO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna I Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**BRUNI DONATELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO BRUNI DONATELLA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna II San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**CIMOLATO BARBARA MARIA ANGELA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO LATO BARBARA MARIA AN

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna II San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**MASOTTI LUCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO MASOTTI LUCA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna II San Jacopo**
Direttore/Resp.	**NENCI GABRIELE**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO NENCI GABRIELE

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna II Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**LOTTI PAMELA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO LOTTI PAMELA

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna III Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**SERAVALLE CRISTIANA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO SERAVALLE CRISTIANA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna S.S. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**PANIGADA GRAZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO PANIGADA GRAZIA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna San Marcello e San Jacopo I**
Direttore/Resp.	**CIPOLLINI FRANCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO CIPOLLINI FRANCO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna Santa Maria Annunziata I**
Direttore/Resp.	**FABIANI PLINIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO FABIANI PLINIO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna Santa Maria Nuova**
Direttore/Resp.	**VANNUCCHI VIERI**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO VANNUCCHI VIERI

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Interna Serristori e Santa Maria Annunziata II**
Direttore/Resp.	**BRIBANI ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO BRIBANI ANDREA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Day Service I Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	6
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3

% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Day Service Medicina Borgo San Lorenzo**
Direttore/Resp.	**BLASZCZYK SILVIA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	6
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3

% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO BLASZCZYK SILVIA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Day Service Medicina interna Santa Maria Nuova**
Direttore/Resp.	**SCERRA CORNELIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	6
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3

% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO SCERRA CORNELIA

SOS Day Service Medicina interna Serristori e Santa Maria Annunziata II

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Day Service Medicina interna Serristori e Santa Maria Annunziata II**
Direttore/Resp.	**FABBRONI ANGIOLA ANNA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	6
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	10

Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3

% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO FABBRONI ANGIOLA ANNA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Day Service Medicina San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**TACCETTI GIANNI**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	6
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3

% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO TACCETTI GIANNI

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Day Service Medicina San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**DEI ALESSANDRO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	6
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3

% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO DEI ALESSANDRO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Day Service Medicina San Jacopo**
Direttore/Resp.	**TORRACCHI ORNELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	6
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3

% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					95
N. Obiettivi					18

FIRMATO TORRACCHI ORNELLA

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Day Service Medicina SS. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**GIOVANNETTI ROBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	6
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3

% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO GIOVANNETTI ROBERTO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Geriatria Empoli**
Direttore/Resp.	**BENVENUTI ENRICO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	MeS	18,45% (2023)	Qualità clinica / di processo	5

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	MeS	9,67% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	3
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	3
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100

N. Obiettivi					28

FIRMATO BENVENUTI ENRICO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Geriatria San Giovanni di Dio e Borgo San Lorenzo**
Direttore/Resp.	**DEL LUNGO ILARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	4

Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	MeS	18,45% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	MeS	9,67% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					25

FIRMATO DEL LUNGO ILARIA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Medicina interna ad alta intensita' San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**FARAONE ANTONIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO FARAONE ANTONIO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Medicina interna ad alta intensita' San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**LAVECCHIA RINALDO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO LAVECCHIA RINALDO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Medicina interna ad alta intensita' San Jacopo**
Direttore/Resp.	**PALANDRI FRANCESCA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO PALANDRI FRANCESCA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Medicina interna ad alta intensita' Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**LUSINI CINZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO LUSINI CINZIA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Medicina interna ad alta intensita' Santa Maria Nuova**
Direttore/Resp.	**VANNUCCHI VIERI**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO VANNUCCHI VIERI

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Medicina interna ad alta intensita' Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**LOTTI PAMELA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO LOTTI PAMELA

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Medicina interna ad Alta Intensità SS. Cosma e Damiano**
Direttore/Resp.	**BAZZINI CRISTINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO BAZZINI CRISTINA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Medicina Interna San Marcello**
Direttore/Resp.	**FRATI MARCO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	4
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG-no core	24358	Qualità clinica / di processo	6
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,098	Qualità clinica / di processo	5
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	61,01% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75% (2023)	Qualità clinica / di processo	6
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17% (2023)	Qualità clinica / di processo	6

Indice di performance degenza media - DRG Medici	< 0		-0,52 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	MeS	6,89% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4

Appropriatezza numero ecocardio richiesti alla cardiologia dalla medicina interna	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% pazienti naive in trattamento con anti TNFα abrevetto scaduto/ totale dei pazienti trattati con farmaci di seconda linea	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Consumo di antibiotici di ultima generazione ad alto costo in ambito ospedaliero (Zavicefta, Vaborem, Mabelio, Zinforo, Fetcroja, Zerbaxa, Xydalba, Tenkasi, Recarbrio)	<= 0,55 DDD*100 giornate di degenza	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					24

FIRMATO FRATI MARCO

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area di Medicina Multidimensionale**
Direttore Area	**PANIGADA GRAZIA**
SOC/SOS	**SOS Medicina Vascolare**
Direttore/Resp.	**TATINI STEFANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
tempi attesa ecocolordoppler tronchi sovraortici	>90%	Aziendale		Governo liste di attesa	20
tempi attesa ecocolordoppler arti sup/inf	>90%	Aziendale		Governo liste di attesa	20
tempi attesa ecocolordoppler grossi vasi	>90%	Aziendale		Governo liste di attesa	20
tempi attesa visita angiologica	>90%	Aziendale		Governo liste di attesa	20
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					9

FIRMATO TATINI STEFANO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore/Resp.	\

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Tempi di attesa visita Endocrinologica	>90%	PNGLA	89%	Governo liste di attesa	6
Tempi di attesa visita Allergologica	>90%	PNGLA	94,70%	Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	30,14% (2023)	Qualità clinica / di processo	10
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	58,37% (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Televisite Diabetologia	>6%	Regione Toscana	4,90%		8
Televisite Endocrinologia	>5%	Regione Toscana	4%		8
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Tempestività consulenza diabetologica per ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
Totale					100
N. Obiettivi					18

FIRMATO BAGGIORE CRISTIANA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**SOC Diabetologia**
Direttore/Resp.	**BAGGIORE CRISTIANA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	30,14% (2023)	Qualità clinica / di processo	15
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	58,37% (2023)	Qualità clinica / di processo	8
Televisite Diabetologia	>6%	Regione Toscana	4,90%		15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Tempestività consulenza diabetologica per ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
Totale					100
N. Obiettivi					15

FIRMATO BAGGIORE CRISTIANA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**SOS Allergologia e immunologia Firenze Empoli**
Direttore/Resp.	**MACCHIA DONATELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Allergologica	>90%	PNGLA	94,70%	Governo liste di attesa	50
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					11

FIRMATO MACCHIA DONATELLA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**SOS Allergologia e immunologia Prato Pistoia**
Direttore/Resp.	**FARSI ALESSANDRO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Allergologica	>90%	PNGLA	94,70%	Governo liste di attesa	50
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					11

FIRMATO FARSI ALESSANDRO

_____

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**SOS Diabetologia San Giovanni di Dio**
Direttore/Resp.	**BAGGIORE CRISTIANA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	30,14% (2023)	Qualità clinica / di processo	15
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	58,37% (2023)	Qualità clinica / di processo	8
Televisite Diabetologia	>6%	Regione Toscana	4,90%		15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Tempestività consulenza diabetologica per ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
Totale					100
N. Obiettivi					15

FIRMATO BAGGIORE CRISTIANA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**SOS Diabetologia San Giuseppe**
Direttore/Resp.	**OCCHIPINTI MARGHERITA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	30,14% (2023)	Qualità clinica / di processo	15
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	58,37% (2023)	Qualità clinica / di processo	8
Televisite Diabetologia	>6%	Regione Toscana	4,90%		15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Tempestività consulenza diabetologica per ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
Totale					100
N. Obiettivi					15

FIRMATO OCCHIPINTI MARGHERITA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**SOS Diabetologia San Jacopo e S.S. Cosma e Damiano e centro aziendale podopatia diabetica**
Direttore/Resp.	**ANICHINI ROBERTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	30,14% (2023)	Qualità clinica / di processo	15
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	58,37% (2023)	Qualità clinica / di processo	8
Televisite Diabetologia	>6%	Regione Toscana	4,90%		15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Tempestività consulenza diabetologica per ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
Totale					100
N. Obiettivi					15

FIRMATO ANICHINI ROBERTO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**SOS Diabetologia Santa Maria Annunziata**
Direttore/Resp.	**MANETTI FRANCESCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	30,14% (2023)	Qualità clinica / di processo	15
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	58,37% (2023)	Qualità clinica / di processo	8
Televisite Diabetologia	>6%	Regione Toscana	4,90%		15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Tempestività consulenza diabetologica per ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
Totale					100
N. Obiettivi					15

FIRMATO MANETTI FRANCESCO

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**SOS Diabetologia Santo Stefano**
Direttore/Resp.	**CALABRESE MARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	30,14% (2023)	Qualità clinica / di processo	15
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	58,37% (2023)	Qualità clinica / di processo	8
Televisite Diabetologia	>6%	Regione Toscana	4,90%		15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Tempestività consulenza diabetologica per ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
% di DDD iSGLT2 associati e non/totale di DDD di iSGLT2+aGLP1	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	3
Totale					100
N. Obiettivi					15

FIRMATO CALABRESE MARIA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Multidimensionale**
Direttore Dip	**BENVENUTI ENRICO**
Area	**Area Diabetologia e Malattie Endocrine**
Direttore Area	**BAGGIORE CRISTIANA**
SOC/SOS	**SOS Endocrinologia**
Direttore/Resp.	**PUPILLI CINZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Endocrinologica	>90%	PNGLA	89%	Governo liste di attesa	36
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste di attesa	3
Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	MeS	88,83% (2023)	Qualità clinica / di processo	3
Televisite Endocrinologia	>5%	Regione Toscana	4%		15
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	6
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficentamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024- 2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					12

FIRMATO PUPILLI CINZIA

_____

Dipartimento Oncologico – Dott.ssa Luisa Fioretto

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	2	Tutte	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	2	Tutte		
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	1	Oncologia		
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	1	Oncologia	Qualità clinica / di processo	50
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	2	Oncologia		
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	2	Oncologia		
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	3	Oncologia		
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	3	Oncologia		

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15%	NSG	0,10%	1	Oncologia
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		5	Oncologia
Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	Aziendale		5	Radioterapia
Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	Aziendale		5	Oncologia
Condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extra aziendale >=90%	Aziendale		5	Oncologia
Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	Aziendale		5	Oncologia
Numero di pazienti trattati utilizzando Radioterapia stereotassica intracranica ed extracranica nell'arco dell'anno	Più del 10% del 2024	Aziendale		5	Radioterapia

Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		3	Oncologia		
Aggiornamento percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	Aziendale		5	Radioterapia		
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		5	Tutte	Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	3	Oncologia	Qualità percepita	6
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	3	Oncologia		
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4	Tutte	Efficiendamento energetico	4
Tempestività nel trattamento radioterapico della mammella	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	5	Radioterapia	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	5	Oncologia		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio clinico	10

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		
% UP BTK inhibitors a costo inferiore	>=70%	Farmacia	Nuovo	5	Oncologia	Farmaci e Dispositivi	10
% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	5	Oncoematologia		

Data

Il Direttore *Dott.ssa Luisa Fioretto*

_____

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**
				Resp. Area	**Non Assegnata**
				SOC/SOS	**Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**
				Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extra aziendale >=90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	23
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4

TAT tecnico in anatomia patologica per tumore della mammella, con uno standard dell'80%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO Non Assegnata

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
				Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
				SOC/SOS	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
				Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità clinica / di processo	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	4
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	5

N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15%	NSG	0,10%	Qualità clinica / di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Azioni di consolidamento di un piano di integrazione della ricerca traslazionale in ambito dipartimentale.	report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	3
Pubblicazioni scientifiche peer-reviewed	3 pubblicazioni	Aziendale		Qualità clinica / di processo	3
Partecipazione a progetti di ricerca nazionali ed internazionali	partecipazione ad almeno 5 progetti	Aziendale		Qualità clinica / di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	0,6115	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% UP BTK inhibitors a costo inferiore	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO FIORETTO LUISA

_____

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Radioterapia**
				Resp. Area	**SCOCCIANTI SILVIA**
				SOC/SOS	**Area Radioterapia**
				Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	Aziendale		Qualità clinica / di processo	15
Numero di pazienti trattati utilizzando Radioterapia stereotassica intracranica ed extracranica nell'arco dell'anno	Più del 10% del 2024	Aziendale		Qualità clinica / di processo	18
Aggiornamento percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	Aziendale		Qualità clinica / di processo	18
Sviluppare e promuovere percorsi formativi per i medici di medicina generale delle AFT di Firenze, Empoli, Prato e Pistoia	programmazione di incontri formativi con almeno il 70% delle AFT Firenze	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Azioni di consolidamento della Piattaforma di Ricerca Clinica ambito Firenze, Empoli, Pistoia.	report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					12

FIRMATO

SCOCCIANTI SILVIA

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**
				Resp. Area	**Non Assegnata**
				SOC/SOS	**SOC Anatomia Patologica Empoli e Prato**
				Direttore / Resp.	**GARAVELLO GIULIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extra aziendale >=90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	23
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4

TAT tecnico in anatomia patologica per tumore della mammella, con uno standard dell'80%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO
GARAVELLO GIULIA

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**
				Resp. Area	**Non Assegnata**
				SOC/SOS	**SOC Anatomia Patologica Firenze**
				Direttore / Resp.	**CASSISA ANGELO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extra aziendale >=90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	23
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
TAT tecnico in anatomia patologica per tumore della mammella, con uno standard dell'80%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO CASSISA ANGELO

_____

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**
				Resp. Area	**Non Assegnata**
				SOC/SOS	**SOC Anatomia Patologica Pistoia**
				Direttore / Resp.	**CALCINAI ALESSANDRA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extra aziendale >=90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	23
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
TAT tecnico in anatomia patologica per tumore della mammella, con uno standard dell'80%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO

CALCINAI ALESSANDRA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOC Oncoematologia**
Direttore / Resp.	**MORETTI SABRINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	2
Analisi della casistica di pazienti oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	3
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15%	NSG	0,10%	Qualità clinica / di processo	5

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	MeS	0,6115	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% UP BTK inhibitors a costo inferiore	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					19

FIRMATO MORETTI SABRINA

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOC Oncologia Medica Empoli**
Direttore / Resp.	**MARTELLA FRANCESCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO MARTELLA FRANCESCA

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOC Oncologia Medica Firenze**
Direttore / Resp.	**FIORETTO LUISA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO FIORETTO LUISA

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOC Oncologia Medica Pistoia**
Direttore / Resp.	**IANNOPOLLO MAURO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO IANNOPOLLO MAURO

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOC Oncologia Medica Prato**
Direttore / Resp.	**BIGANZOLI LAURA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO BIGANZOLI LAURA

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Radioterapia**
				Resp. Area	**SCOCCIANTI SILVIA**
				SOC/SOS	**SOC Radioterapia Firenze**
				Direttore / Resp.	**SCOCCIANTI SILVIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	Aziendale		Qualità clinica / di processo	21
Numero di pazienti trattati utilizzando Radioterapia stereotassica intracranica ed extracranica nell'arco dell'anno	Più del 10% del 2024	Aziendale		Qualità clinica / di processo	20
Aggiornamento percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	Aziendale		Qualità clinica / di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO

SCOCCIANTI SILVIA

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Radioterapia**
				Resp. Area	**SCOCCIANTI SILVIA**
				SOC/SOS	**SOC Radioterapia Pistoia**
				Direttore / Resp.	**STEFANACCI MARCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	Aziendale		Qualità clinica / di processo	21
Numero di pazienti trattati utilizzando Radioterapia stereotassica intracranica ed extracranica nell'arco dell'anno	Più del 10% del 2024	Aziendale		Qualità clinica / di processo	20
Aggiornamento percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	Aziendale		Qualità clinica / di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO

STEFANACCI MARCO

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Radioterapia**
				Resp. Area	**SCOCCIANTI SILVIA**
				SOC/SOS	**SOC Radioterapia Prato**
				Direttore / Resp.	**DETTI BEATRICE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	Aziendale		Qualità clinica / di processo	21
Numero di pazienti trattati utilizzando Radioterapia stereotassica intracranica ed extracranica nell'arco dell'anno	Più del 10% del 2024	Aziendale		Qualità clinica / di processo	20
Aggiornamento percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	Aziendale		Qualità clinica / di processo	20
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					10

FIRMATO DETTI BEATRICE

_____

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Degenza ordinaria oncologica**
Direttore / Resp.	**POZZESSERE DANIELE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	8
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	8
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	10
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	15
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15%	NSG	0,10%	Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	7
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	0,6115	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					15

FIRMATO POZZESSERE DANIELE

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**
				Resp. Area	**Non Assegnata**
				SOC/SOS	**SOS Emolinfopatologia**
				Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extra aziendale >=90%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	24
Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	23
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
TAT tecnico in anatomia patologica per tumore della mammella, con uno standard dell'80%	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO Non Assegnata

_____

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	\
				Resp. Area	\
				SOC/SOS	**SOS Innovazione e sviluppo percorsi oncologici integrati**
				Direttore / Resp.	**PINO MARIA SIMONA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Sviluppare e promuovere percorsi formativi per i medici di medicina generale delle AFT di Firenze, Empoli, Prato e Pistoia	programmazione di incontri formativi con almeno il 70% delle AFT Firenze	Aziendale		Qualità clinica / di processo	43
Azioni di consolidamento della Piattaforma di Ricerca Clinica ambito Firenze, Empoli, Pistoia.	report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Totale					100
N. Obiettivi					4

FIRMATO PINO MARIA SIMONA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncoematologia Firenze**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	3
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15%	NSG	0,10%	Qualità clinica / di processo	5

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	MeS	0,6115	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% UP BTK inhibitors a costo inferiore	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					19

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncoematologia San Giuseppe**
Direttore / Resp.	**PIRROTTA MARIA TERESA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	3
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15%	NSG	0,10%	Qualità clinica / di processo	5

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	MeS	0,6115	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% UP BTK inhibitors a costo inferiore	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					19

FIRMATO PIRROTTA MARIA TERESA

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncoematologia San Jacopo e SS.Cosma e Damiano**
Direttore / Resp.	**BIRTOLO SILVIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	3
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15%	NSG	0,10%	Qualità clinica / di processo	5

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	MeS	0,6115	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% UP BTK inhibitors a costo inferiore	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					19

FIRMATO BIRTOLO SILVIA

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncoematologia Santo Stefano**
Direttore / Resp.	**SANTINI SIMONE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	6
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	3
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15%	NSG	0,10%	Qualità clinica / di processo	5

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	MeS	0,6115	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
% UP BTK inhibitors a costo inferiore	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					19

FIRMATO SANTINI SIMONE

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncologia Medica Borgo San Lorenzo**
Direttore / Resp.	**FABBRONI VALENTINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO FABBRONI VALENTINA

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncologia Medica San Giovanni di Dio**
Direttore / Resp.	**RIBECCO ANGELA STEFANIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO

RIBECCO ANGELA STEFANIA

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncologia medica San Jacopo**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncologia medica Santa Maria Annunziata e Serristori**
Direttore / Resp.	**PINO MARIA SIMONA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO PINO MARIA SIMONA

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncologia Medica Santa Maria Nuova**
Direttore / Resp.	**LANINI FABIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO LANINI FABIO

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
SOC/SOS	**SOS Oncologia Medica SS.Cosma e Damiano**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	5
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	5
Tempi di attesa visita Oncologica	>90%	PNGLA	99,80%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>90%	MeS	86,95% (2023)	Qualità clinica / di processo	7
Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2024	MeS	6,66 (2023)	Qualità clinica / di processo	5
Analisi della casistica di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Report			Qualità clinica / di processo	6
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica / di processo	7
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86% (2023)	Qualità clinica / di processo	7

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Individuazione di modalità per favorire l'implementazione della telemedicina	Report			Qualità clinica / di processo	5
Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	Aziendale		Qualità clinica / di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

% pz naive trattati con abiraterone sul totale dei trattati con farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico	>=70%	Farmacia	Nuovo	Farmaci e Dispositivi	10
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMATO Non Assegnata

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**
				Resp. Area	**Non Assegnata**
				SOC/SOS	**SOS Patologia molecolare oncologica**
				Direttore / Resp.	**BESSI SILVIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Partecipazione e superamento con cadenza annuale ad almeno n°2 programmi di controllo di qualità esterni (VEQ) e/o confronti interlaboratorio (ILC) inerenti i principali marcatori testati dalla Struttura.	100% esito positivo (su 2 esercizi)	Aziendale		Qualità clinica / di processo	36
Implementazione slot su gestionale Winsap 3.0 dedicato al monitoraggio/tracciabilità nel settore della patologia molecolare	Report con 80% del progetto	Aziendale		Qualità clinica / di processo	25
Implementazione determinazione molecolare ESR1 in biopsia liquida per pazienti affetti da neoplasia mammaria mediante RT-PCR	Report Implementazione	Aziendale		Qualità clinica / di processo	25
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO BESSI SILVIA

Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
Area	\
Resp. Area	\
SOC/SOS	**SOS Psiconcologia**
Direttore / Resp.	**SURRENTI ELISABETTA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Istituzione in ambito dipartimentale di una rete ambulatoriale psico/nutrizionale - Progetto pilota c/o OSMA	Report Inizio attività			Qualità clinica / di processo	17
Supervisioni al personale sanitario dell'Hospice di S. Felice a Ema - Incontri mensili	Report con presenze incontri mensili			Qualità clinica / di processo	17
Redazione procedura condivisa in ambito dipartimentale per l'impiego di visori per realtà virtuale in pazienti oncologici	Report Inizio attività			Qualità clinica / di processo	17
Istituzione e conduzione in ambito dipartimentale di gruppi terapeutici per caregiver - Progetto pilota c/o OSMA	Report Inizio attività			Qualità clinica / di processo	17
Collaborazione con Dipartimento infermieristico ad evento formativo (si allega DRU) sul tema della morte nel cotesto sanitario	Report			Qualità clinica / di processo	18
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO SURRENTI ELISABETTA

				Dipartimento	**Dipartimento Oncologico**
				Direttore Dip.	**FIORETTO LUISA**
				Area	**Area Oncologia medica e oncoematologia**
				Resp. Area	**FIORETTO LUISA**
				SOC/SOS	**SOS Ricerca Traslazionale**
				Direttore / Resp.	**MALORNI LUCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Azioni di consolidamento di un piano di integrazione della ricerca traslazionale in ambito dipartimentale.	report	Aziendale		Qualità clinica / di processo	35
Pubblicazioni scientifiche peer-reviewed	3 pubblicazioni	Aziendale		Qualità clinica / di processo	25
Partecipazione a progetti di ricerca nazionali ed internazionali	partecipazione ad almeno 5 progetti	Aziendale		Qualità clinica / di processo	26
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficiendamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Totale					100
N. Obiettivi					4

FIRMATO MALORNI LUCA

Dipartimento della Prevenzione - Dott. Renzo Berti

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	1	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			2	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	1	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			2	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			2	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%			2	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63,43%	2	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.			2	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	40,51%	3	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			2	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	2	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione	Qualità clinica di processo	66
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			2	Igiene e Sanità Pubblica e della nutrizione		

Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			3	Medicina Sportiva
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			2	Promozione della Salute
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			2	Promozione della Salute
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			2	Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			2	Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			2	Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			2	Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			2	Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	2	Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			2	Prevenzione Igiene e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			2	Prevenzione Igiene e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			2	Prevenzione Igiene e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			2	Prevenzione Igiene e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro
Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali	Produzione di un report			3	CERIMP

PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			2	Prevenzione Igiene e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro		
Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute			2	VIM		
Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i..	Realizzazione di almeno 40 verifiche			2	VCESPSS		
Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso. Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	30% del personale del comparto e della dirigenza; 1/5 dei Processi di attività	Aziendale		3	UOC		
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	4	Tutte		
Studio di approfondimento epidemiologico in merito al cluster di sarcomi nell'area pistoiese	Coordinamento dello studio di epidemiologia genetica (ISPRO), realizzazione dello studio demografico (Università di Parma), supervisione delle attività di monitoraggio ambientale effettuate dall'IPN presso le abitazioni dei casi del cluster e redazione del report finale dell'attività svolta	Aziendale		5	Epidemiologia	Integrazione ospedale territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		5	Tutte		
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		4	Tutte	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	10	Tutte	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		

Data

Il Direttore *Dott. Renzo Berti*

—

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFC Epidemiologia**
				Direttore/Resp	**LEVI MIRIAM**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Collaborazione stesura Relazione Sanitaria Aziendale	N.1 Relazione sanitaria				18
Supporto a SDS e zone-distretto: note tecniche su richieste di Ufficio di Piano	Aggiornamento di almeno n.1 profilo di salute per ogni Zona Distretto				19
Studio di approfondimento epidemiologico in merito al cluster di sarcomi nell'area pistoiese	Coordinamento dello studio di epidemiologia genetica (ISPRO), realizzazione dello studio demografico (Università di Parma), supervisione delle attività di monitoraggio ambientale effettuate dall'IPN presso le abitazioni dei casi del cluster e redazione del report finale dell'attività svolta	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	30

Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO LEVI MIRIAM

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFC Laboratorio di Sanita' Pubblica Toscana Centro**
				Direttore/Resp	**PERICO ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo capacità di laboratorio in ambito di sicurezza alimentare sulla base degli aggiornamenti dei piani di controllo e monitoraggio e delle normative della comunità europea	N° 1 nuovo/revisionato metodo di prova accreditato				25
Mantenimento Accreditamento ACCREDIA della struttura dipartimentale	n.1 relazione Regione Accreditamento				25
Sviluppo capacità di laboratorio in ambito di sicurezza alimentare e rischio biologico/chimico ospedaliero. Verifica di implem. metodi microbiologici delle analisi alimenti secondo la UNI EN ISO 16140-3:2021	Verifica di implementazione di almeno n. 3 metodi microbiologici, in base alle indicazioni di Accredia.				17
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO PERICO ANDREA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFC Medicina dello Sport**
				Direttore/Resp	**MOCHI NICOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	40
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obbiettivo dell'UFC	Produrre un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione				15
Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12				12
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO MOCHI NICOLA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFC Promozione della salute**
				Direttore/Resp	**CIAMPI GIANNA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	35
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			Qualità clinica di processo	32
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					8

FIRMATO CIAMPI GIANNA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFC VIM**
				Direttore/Resp	**BIAGINI BENEDETTO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute			Qualità clinica di processo	30
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute				12
Effettuazione di verifiche periodiche di almeno il 50% degli ascensori di proprietà dell'Azienda USL TC nei tempi e nelle modalità previste per legge	50% ascensori				12
Canale di comunicazione tra la struttura VIM e i Servizi PISLL dipartimentali, al fine di fornire supporto tecnico specialistico, in caso di quesiti specifiche in materia di imp./macch. durante l'espletamento di inchieste infortuni nelle quali siano conte	Presa in carico e avvio delle attività del 100% delle richieste pervenute entro il 01/12/2025				13

Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					10

FIRMATO BIAGINI BENEDETTO

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFS Cerimp**
				Direttore/Resp	**TALINI DONATELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali	Produzione di un report			Qualità clinica di processo	40
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Epidemiologia occupazionale: monitoraggio infortuni sul lavoro	Produzione di un report con volumi e casistica				27
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					8

FIRMATO TALINI DONATELLA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFS Laboratorio Biotossicologia**
				Direttore/Resp	**GESTRI DONELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo capacità di laboratorio in ambito di sicurezza alimentare sulla base degli aggiornamenti dei piani di controllo e monitoraggio e delle normative della comunità europea	N° 1 nuovo/revisionato metodo di prova accreditato				25
Mantenimento Accreditamento ACCREDIA della struttura dipartimentale	n.1 relazione Regione Accreditamento				25
Garantire entro le scadenze ministeriali l'invio dei risultati analitici dei campioni prelevati nel corso del 2025 al Ministero della Salute	N° di analiti validati in NSIS/ N° di analiti accettati dal LSP = almeno 95%				17
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO GESTRI DONELLA

_____

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFS Laboratorio Chimica alimenti, acqua, farmaci e cosmetici**
				Direttore/Resp	**PERICO ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo capacità di laboratorio in ambito di sicurezza alimentare sulla base degli aggiornamenti dei piani di controllo e monitoraggio e delle normative della comunità europea	N° 1 nuovo/revisionato metodo di prova accreditato				25
Mantenimento Accreditamento ACCREDIA della struttura dipartimentale	n.1 relazione Regione Accreditamento				25
Garantire entro le scadenze ministeriali l'invio dei risultati analitici dei campioni prelevati nel corso del 2025 al Ministero della Salute	N° di analiti validati in NSIS/ N° di analiti accettati dal LSP = almeno 95%				17
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO PERICO ANDREA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFS Medicina dello Sport Empoli**
				Direttore/Resp	**GALLI MICHELE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	40
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obbiettivo dell'UFC	Produrre un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione				15
Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12				12
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO GALLI MICHELE

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFS Medicina dello Sport Firenze**
				Direttore/Resp	**COLLOCA ROSA ANNA MARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	40
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obbiettivo dell'UFC	Produrre un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione				15
Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12				12
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO)LLOCA ROSA ANNA MAI

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFS Medicina dello Sport Pistoia**
				Direttore/Resp	**MOCHI NICOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	40
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obbiettivo dell'UFC	Produrre un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione				15
Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12				12
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO MOCHI NICOLA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFS Medicina dello Sport Prato**
				Direttore/Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	40
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obbiettivo dell'UFC	Produrre un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione				15
Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12				12
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9
				FIRMATO	Non Assegnata

_____

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UFS Vigilanza e controllo erogazione prestazioni strutture sanitarie e sociali**
				Direttore/Resp	**FORMICA MARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i..	Realizzazione di almeno 40 verifiche			Qualità clinica di processo	40
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Effettuazione del 90% dei sopralluoghi presso le strutture segnalate mediante esposti, che giungano al protocollo dell'UF entro il mese di novembre	90% esposti pervenuti entro novembre				15
Effettuazione del 90% dei sopralluoghi presso le farmacie per controllo dei luoghi e degli strumenti di diagnostica di 1° livello	90% delle richieste pervenute entro novembre				12
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO FORMICA MARIA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UOC Epidemiologia**
				Direttore/Resp	**POLIMENI JOSEPH**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Collaborazione stesura Relazione Sanitaria Aziendale	N.1 Relazione sanitaria				18
Supporto a SDS e zone-distretto: note tecniche su richieste di Ufficio di Piano	Aggiornamento di almeno n.1 profilo di salute per ogni Zona Distretto				19
Studio di approfondimento epidemiologico in merito al cluster di sarcomi nell'area pistoiese	Coordinamento dello studio di epidemiologia genetica (ISPRO), realizzazione dello studio demografico (Università di Parma), supervisione delle attività di monitoraggio ambientale effettuate dall'IPN presso le abitazioni dei casi del cluster e redazione del report finale dell'attività svolta	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	30

Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO POLIMENI JOSEPH

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	
				Direttore Area	
				SOC/SOS	**UOC Medicina dello Sport**
				Direttore/Resp	**MOCHI NICOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	40
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obbiettivo dell'UFC	Produrre un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione				15
Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12				12
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMATO MOCHI NICOLA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore/Resp	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	9
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	9
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	9
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	9
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	9

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	9
Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso. Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	30% del personale del comparto e della dirigenza; 1/5 dei Processi di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
SPVSA. Valutazione di tutti i rapporti di analisi relativi a piani nazionali e regionali di controllo micologico	Effettuazione del 100% delle valutazioni dei rapporti di analisi giunti dai laboratori a seguito di campioni accettati dai laboratori di riferimento				6
SPVSA Garantire risposte tempestive a tutte le richieste d'intervento da parte dei Pronto Soccorso a seguito di presunta intossicazione da funghi	100% delle risposte a alle richieste d'intervento dei Pronto Soccorso				6
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					15

FIRMATO CIANTI LUCA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UFC Igiene Urbana Veterinaria**
				Direttore/Resp	**LORETTI ENRICO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	11
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	11
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	11

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	12
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100

N Obiettivi					12

FIRMATO LORETTI ENRICO

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UFC SPVSA Empoli**
				Direttore/Resp	**CINO LUIGI VALTER**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	11
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	11
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	11

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	12
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100

N Obiettivi					12

FIRMATO CINO LUIGI VALTER

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UFC SPVSA Firenze I**
				Direttore/Resp	**FACIBENI ETTORE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	11
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	11
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	11

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	12
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100

N Obiettivi					12

FIRMATO FACIBENI ETTORE

_____

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UFC SPVSA Firenze II**
				Direttore/Resp	**CIANTI LUCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	11
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	11
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	11

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	12
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100

N Obiettivi					12

FIRMATO CIANTI LUCA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UFC SPVSA Pistoia**
				Direttore/Resp	**NARDONE GIOVANNI**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	11
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	11
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	11

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	12
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100

N Obiettivi					12

FIRMATO NARDONE GIOVANNI

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UFC SPVSA Prato**
				Direttore/Resp	**BARONTINI FILIPPO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	11
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	11
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	11

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	12
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100

N Obiettivi					12

FIRMATO BARONTINI FILIPPO

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UFS Produzioni primarie vegetali e raccolta dei prodotti selvatici**
				Direttore/Resp	**ALLODI GUENDALINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
SPVSA. Valutazione di tutti i rapporti di analisi relativi a piani nazionali e regionali di controllo micologico	Effettuazione del 100% delle valutazioni dei rapporti di analisi giunti dai laboratori a seguito di campioni accettati dai laboratori di riferimento				34
SPVSA Garantire risposte tempestive a tutte le richieste d'intervento da parte dei Pronto Soccorso a seguito di presunta intossicazione da funghi	100% delle risposte a alle richieste d'intervento dei Pronto Soccorso				33
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					90
N Obiettivi					7

FIRMATO ALLODI GUENDALINA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UOC Igiene alimenti di origine animale**
				Direttore/Resp	**PARDINI STEFANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	11
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	10
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	10
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	10

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	10
Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso. Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	30% del personale del comparto e della dirigenza; 1/5 dei Processi di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					13

FIRMATO PARDINI STEFANO

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UOC Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**
				Direttore/Resp	**SPEDALIERE MAURO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	11
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	10
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	10
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	10

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	10
Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso. Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	30% del personale del comparto e della dirigenza; 1/5 dei Processi di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					13

FIRMATO SPEDALIERE MAURO

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**
				Direttore Area	**CIANTI LUCA**
				SOC/SOS	**UOC Sanita' animale**
				Direttore/Resp	**PANERAI FIORENZA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6.	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024			Qualità clinica di processo	11
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	11
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica di processo	10
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	10
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	10

Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98,42%	Qualità clinica di processo	10
Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso. Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	30% del personale del comparto e della dirigenza; 1/5 dei Processi di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					13

FIRMATO PANERAI FIORENZA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**
				Direttore Area	**MAURO LUIGI**
				SOC/SOS	**Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**
				Direttore/Resp	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13

Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	12
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMATO MAURO LUIGI

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**
				Direttore Area	**MAURO LUIGI**
				SOC/SOS	**UFC PISLL Empoli**
				Direttore/Resp	**IAIA TONINA ENZA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13

Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	12
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMATO IAIA TONINA ENZA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**
				Direttore Area	**MAURO LUIGI**
				SOC/SOS	**UFC PISLL Firenze I**
				Direttore/Resp	**FERRERO CLAUDIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13

Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	12
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMATO FERRERO CLAUDIA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**
				Direttore Area	**MAURO LUIGI**
				SOC/SOS	**UFC PISLL Firenze II**
				Direttore/Resp	**PICCHIOTTI ENRICO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13

Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	12
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMATO PICCHIOTTI ENRICO

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**
				Direttore Area	**MAURO LUIGI**
				SOC/SOS	**UFC PISLL Pistoia**
				Direttore/Resp	**SENESE BEATRICE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13

Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	12
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMATO SENESE BEATRICE

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**
				Direttore Area	**MAURO LUIGI**
				SOC/SOS	**UFC PISLL Prato**
				Direttore/Resp	**MAURO LUIGI**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13

Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	12
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMATO MAURO LUIGI

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**
				Direttore Area	**MAURO LUIGI**
				SOC/SOS	**UOC Igiene e salute luoghi di lavoro**
				Direttore/Resp	**LUONGO FRANCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13

Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	12
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMATO LUONGO FRANCA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**
				Direttore Area	**MAURO LUIGI**
				SOC/SOS	**UOC Prevenzione e sicurezza**
				Direttore/Resp	**MATTEUCCI ALESSANDRO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	13
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	13

Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	12
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					11

FIRMATO MATTEUCCI ALESSANDR(

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**
				Direttore Area	**STADERINI CHIARA**
				SOC/SOS	**Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**
				Direttore/Resp	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Qualità clinica di processo	5
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Qualità clinica di processo	6
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	5
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	5

Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	7
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica di processo	7
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4

Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					18

FIRMATO STADERINI CHIARA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**
				Direttore Area	**STADERINI CHIARA**
				SOC/SOS	**UFC IPN Empoli**
				Direttore/Resp	**FATTORE DIMITRI CARLO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Qualità clinica di processo	5
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Qualità clinica di processo	6
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	5
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	5
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%			Qualità clinica di processo	5

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	7
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica di processo	7
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					18

FIRMATO FATTORE DIMITRI CARLO

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**
				Direttore Area	**STADERINI CHIARA**
				SOC/SOS	**UFC IPN Firenze I**
				Direttore/Resp	**OLIMPI NADIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Qualità clinica di processo	5
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Qualità clinica di processo	6
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	5
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	5
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%			Qualità clinica di processo	5

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	7
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica di processo	7
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					18

FIRMATO OLIMPI NADIA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**
				Direttore Area	**STADERINI CHIARA**
				SOC/SOS	**UFC IPN Firenze II**
				Direttore/Resp	**CORDELLA VINCENZO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Qualità clinica di processo	5
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Qualità clinica di processo	6
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	5
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	5
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%			Qualità clinica di processo	5

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	7
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica di processo	7
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					18

FIRMATO CORDELLA VINCENZO

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**
				Direttore Area	**STADERINI CHIARA**
				SOC/SOS	**UFC IPN Pistoia**
				Direttore/Resp	**PICCIOLLI PAOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Qualità clinica di processo	5
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Qualità clinica di processo	6
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	5
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	5
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%			Qualità clinica di processo	5

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	7
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica di processo	7
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					18

FIRMATO PICCIOLLI PAOLA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**
				Direttore Area	**STADERINI CHIARA**
				SOC/SOS	**UFC IPN Prato**
				Direttore/Resp	**CECCONI ROSSELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Qualità clinica di processo	5
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Qualità clinica di processo	6
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	5
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	5
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%			Qualità clinica di processo	5

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	7
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica di processo	7
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					18

FIRMATO CECCONI ROSSELLA

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**
				Direttore Area	**STADERINI CHIARA**
				SOC/SOS	**UOC Igiene degli alimenti e della nutrizione**
				Direttore/Resp	**BERTI RENZO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Qualità clinica di processo	5
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Qualità clinica di processo	6
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	5
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	5

Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	7
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica di processo	7
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	5
Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso. Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	30% del personale del comparto e della dirigenza; 1/5 dei Processi di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					105
N Obiettivi					19

FIRMATO BERTI RENZO

				Dipartimento	**Dipartimento della Prevenzione**
				Direttore Dip.	**BERTI RENZO**
				Area	**Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**
				Direttore Area	**STADERINI CHIARA**
				SOC/SOS	**UOC Igiene e sanita' pubblica**
				Direttore/Resp	**STADERINI CHIARA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Qualità clinica di processo	5
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	5
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Qualità clinica di processo	5
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	5
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	5
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%			Qualità clinica di processo	5

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	5
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica di processo	7
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	5
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica di processo	5
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	5
Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso. Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	30% del personale del comparto e della dirigenza; 1/5 dei Processi di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Azioni di miglioramento della gestione del parco macchine aziendale, a disposizione degli operatori del Dipartimento della Prevenzione, nell'ottica dell'efficientamento e della condivisione delle vetture in dotazione.	Realizzazione di N.1 istruzione operativa e sperimentazione presso almeno n.1 presidio dipartimentale del nuovo software gestionale ESTAR per la gestione del parco macchine aziendale.	Aziendale	Nuovo	Qualità clinica di processo	4

Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione ospedale territorio	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'AREA TECNICA (pulizia pannelli fotovoltaici, sensori presenza luci, punti erogazione acqua potabile trattata, gruppi di continuità farmafrigo)	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					19

FIRMATO STADERINI CHIARA

Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie - Dott.ssa Sandra Moretti

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale, SOSD attività tecnico assistenziali		
Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni lavorativi dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%			2	SOC Attività diagnostiche di laboratorio		
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica			2	SOC Attività diagnostiche di laboratorio		
Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori			4	SOC Attività diagnostiche di laboratorio		
Estrazione dati analitici e statistici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale			1	SOC Attività diagnostiche di laboratorio		
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			1	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			1	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%			1	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione		
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi			1	SOSD attività di assistenza sanitaria Empoli, Prato e Pistoia, SOSD attività di assistenza sanitaria Firenze		
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione	Qualità clinica/di processo	40
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione		
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione		

Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			1	SOSD attività di assistenza sanitaria Empoli, Prato e Pistoia, SOSD attività di assistenza sanitaria Firenze
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		1	SOSD attività di assistenza sanitaria Empoli, Prato e Pistoia, SOSD attività di assistenza sanitaria Firenze
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione
Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto			1	SOC Attività di riabilitazione funzionale
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto			1	SOC Attività di riabilitazione funzionale
Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	1 piano di miglioramento			2	SOS Qualità e sicurezza delle cure
Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento			1	SOS Qualità e sicurezza delle cure
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione

IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione		
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			1	SOC Attività tecnico sanitarie della prevenzione		
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS			4	SOC Attività di riabilitazione funzionale, SOS Attività tecnico assitenziali, SOSD attività di assistenza sanitaria Empoli, Prato e Pistoia, SOSD attività di assistenza sanitaria Firenze	Integrazione Ospedale Territorio	20
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte			2	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	3	SOS Qualita e sicurezza delle cure,SOC Attività di riabilitazione funzionale, SOSD Attività tecnico assistenziali	Qualità percepita	6
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	3	SOS Qualita e sicurezza delle cure,SOC Attività di riabilitazione funzionale, SOSD Attività tecnico assistenziali		

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4	Tutte le Strutture	Efficientamento energetico	4
Tempo di presa in carico richieste di consulenza dietetico-nutrizionali in modalità proattiva per la gestione dei pazienti ad alto rischio nutrizionale	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	3	SOS Attività tecnico assistenziali	Variabilità	20
Valutazione logopedica in pazienti ricoverati a rischio di disfagia	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	3	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
Valutazione fisioterapica in pazienti ricoverati effettuate a seguito di segnalazione	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	3	SOC Attività di riabilitazione funzionale		
TAT Tecnico delle richieste di esami urgenti provenienti dal Pronto Soccorso inferiore ad 1 ora (per TAT Tecnico si intende l'intervallo di tempo che intercorre tra il check-in del campione e la validazione tecnica del dato analitico).	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	4	SOC Attività diagnostiche di laboratorio		
Tempo medio di esecuzione RX torace a letto in pazienti ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	4	SOC attività diagnostiche per immagini		
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	3	Tutte le Strutture		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte le Strutture	Rischio Clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte le Strutture		

Data

Il Direttore *Dott.ssa Sandra Moretti*

_____

\

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica/di processo	2
Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%			Qualità clinica/di processo	2
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica			Qualità clinica/di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori			Qualità clinica/di processo	4
Estrazione dati analitici e statistici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale			Qualità clinica/di processo	1
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			Qualità clinica/di processo	1
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			Qualità clinica/di processo	1
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%			Qualità clinica/di processo	1

Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	1
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	1
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	1
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	1
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	1
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica/di processo	1

Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4			Qualità clinica/di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5			Qualità clinica/di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2			Qualità clinica/di processo	2
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	1
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica/di processo	2
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica/di processo	1
Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute			Qualità clinica/di processo	1
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto			Qualità clinica/di processo	1

Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto			Qualità clinica/di processo	1
Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	1 piano di miglioramento			Qualità clinica/di processo	1
Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento			Qualità clinica/di processo	1
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica/di processo	1
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica/di processo	1
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS			Integrazione Ospedale Territorio	4
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Integrazione Ospedale Territorio	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC			Integrazione Ospedale Territorio	2

Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%			Integrazione Ospedale Territorio	2
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%			Integrazione Ospedale Territorio	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo			Integrazione Ospedale Territorio	2
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo			Integrazione Ospedale Territorio	2
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti			Integrazione Ospedale Territorio	2
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte			Integrazione Ospedale Territorio	2
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di presa in carico richieste di consulenza dietetico-nutrizionali in modalità proattiva per la gestione dei pazienti ad alto rischio nutrizionale	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Valutazione logopedica in pazienti ricoverati a rischio di disfagia	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Valutazione fisioterapica in pazienti ricoverati effettuate a seguito di segnalazione	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
TAT Tecnico delle richieste di esami urgenti provenienti dal Pronto Soccorso inferiore ad 1 ora (per TAT Tecnico si intende l'intervallo di tempo che intercorre tra il check-in del campione e la validazione tecnica del dato analitico).	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Tempo medio di esecuzione RX torace a letto in pazienti ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	3
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100

\

Firmato MORETTI SANDRA

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Innovazione e sviluppo**
Direttore / Resp	**MARGHERI MAURO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
attuazione iniziative elencate nel Piano Aziendale di Formazione per il 2025	≥ 80%			Qualità clinica/di processo	76
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Totale					100
N Obiettivi					3

Firmato MARGHERI MAURO

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' tecnico sanitarie della prevenzione Prato e Pistoia**
Direttore / Resp	**MARGHERI MAURO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	10
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica/di processo	9

Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute			Qualità clinica/di processo	9
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica/di processo	9
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	9
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Totale					100
N Obiettivi					10

Firmato MARGHERI MAURO

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' tecnico sanitarie della prevenzione Firenze**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	10
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica/di processo	9

Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute			Qualità clinica/di processo	9
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica/di processo	9
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	9
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Totale					100
N Obiettivi					10

Firmato

Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' tecnico sanitarie della prevenzione Empoli**
Direttore / Resp	**GRASSI MARCO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	10
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica/di processo	9

Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute			Qualità clinica/di processo	9
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica/di processo	9
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	9
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Totale					100
N Obiettivi					10

Firmato GRASSI MARCO

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOC Attivita' tecnico sanitarie della prevenzione**
Direttore / Resp	**MARGHERI MAURO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	10
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	10
SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Mantenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012			Qualità clinica/di processo	9

Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute			Qualità clinica/di processo	9
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica/di processo	9
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica/di processo	9
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Totale					100
N Obiettivi					10

Firmato MARGHERI MAURO

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOS Qualita' e sicurezza delle cure**
Direttore / Resp	**MORETTI SANDRA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	1 piano di miglioramento			Qualità clinica/di processo	37
Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento			Qualità clinica/di processo	38
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					8

Firmato MORETTI SANDRA

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' tecnico assistenziali**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica/di processo	33
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS			Integrazione Ospedale Territorio	15
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	4
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	4

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo di presa in carico richieste di consulenza dietetico-nutrizionali in modalità proattiva per la gestione dei pazienti ad alto rischio nutrizionale	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	15
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	15
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

Firmato Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' di riabilitazione funzionale Firenze**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica/di processo	3
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			Qualità clinica/di processo	3
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			Qualità clinica/di processo	3
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%			Qualità clinica/di processo	3
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4			Qualità clinica/di processo	4
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5			Qualità clinica/di processo	4
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2			Qualità clinica/di processo	4

Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica/di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto			Qualità clinica/di processo	3
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto			Qualità clinica/di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS			Integrazione Ospedale Territorio	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Integrazione Ospedale Territorio	3
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC			Integrazione Ospedale Territorio	3
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%			Integrazione Ospedale Territorio	3
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%			Integrazione Ospedale Territorio	3
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo			Integrazione Ospedale Territorio	3

Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo			Integrazione Ospedale Territorio	3
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti			Integrazione Ospedale Territorio	3
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte			Integrazione Ospedale Territorio	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Valutazione logopedica in pazienti ricoverati a rischio di disfagia	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Valutazione fisioterapica in pazienti ricoverati effettuate a seguito di segnalazione	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Firmato Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' di riabilitazione funzionale Empoli, Prato e Pistoia**
Direttore / Resp	**MORETTI SANDRA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica/di processo	3
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			Qualità clinica/di processo	3
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			Qualità clinica/di processo	3
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%			Qualità clinica/di processo	3
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4			Qualità clinica/di processo	4
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5			Qualità clinica/di processo	4
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2			Qualità clinica/di processo	4

Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica/di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto			Qualità clinica/di processo	3
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto			Qualità clinica/di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS			Integrazione Ospedale Territorio	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Integrazione Ospedale Territorio	3
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC			Integrazione Ospedale Territorio	3
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%			Integrazione Ospedale Territorio	3
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%			Integrazione Ospedale Territorio	3
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo			Integrazione Ospedale Territorio	3

Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo			Integrazione Ospedale Territorio	3
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti			Integrazione Ospedale Territorio	3
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte			Integrazione Ospedale Territorio	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Valutazione logopedica in pazienti ricoverati a rischio di disfagia	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Valutazione fisioterapica in pazienti ricoverati effettuate a seguito di segnalazione	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Firmato MORETTI SANDRA

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' di assistenza sanitaria Firenze**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	20
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica/di processo	20
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	11
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS			Integrazione Ospedale Territorio	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					8

Firmato Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' di assistenza sanitaria Empoli, Prato e Pistoia**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi			Qualità clinica/di processo	20
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica/di processo	20
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	11
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS			Integrazione Ospedale Territorio	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					8

Firmato Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' diagnostiche per immagini Firenze**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Stesura istruzione operativa relativa alle competenze proprie del TSRM nel sostenere il sistema CIS	Realizzzione Istruzione Operativa			Qualità clinica/di processo	66
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo medio di esecuzione RX torace a letto in pazienti ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					6

Firmato Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' diagnostiche per immagini Empoli, Prato e Pistoia**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Stesura istruzione operativa relativa alle competenze proprie del TSRM nel sostenere il sistema CIS	Realizzzione Istruzione Operativa			Qualità clinica/di processo	66
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo medio di esecuzione RX torace a letto in pazienti ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					6

Firmato Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' diagnostiche di laboratorio Firenze**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%			Qualità clinica/di processo	17
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica			Qualità clinica/di processo	17
Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori			Qualità clinica/di processo	16
Estrazione dati analitici e statistici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale			Qualità clinica/di processo	16
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
TAT Tecnico delle richieste di esami urgenti provenienti dal Pronto Soccorso inferiore ad 1 ora (per TAT Tecnico si intende l'intervallo di tempo che intercorre tra il check-in del campione e la validazione tecnica del dato analitico).	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

Firmato Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOS Attivita' diagnostiche di laboratorio Empoli, Prato e Pistoia**
Direttore / Resp	**LAMANNA RAFFAELE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%			Qualità clinica/di processo	17
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica			Qualità clinica/di processo	17
Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori			Qualità clinica/di processo	16
Estrazione dati analitici e statistici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale			Qualità clinica/di processo	16
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
TAT Tecnico delle richieste di esami urgenti provenienti dal Pronto Soccorso inferiore ad 1 ora (per TAT Tecnico si intende l'intervallo di tempo che intercorre tra il check-in del campione e la validazione tecnica del dato analitico).	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

Firmato LAMANNA RAFFAELE

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Funzioni strategiche dipartimentali**
Direttore / Resp	**MARGHERI MAURO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Analisi gestione autoparco aziendali - Redazione piano delle azioni e cronoprogramma sulla base delle indicazioni della Direzione Generale	Report			Qualità clinica/di processo	66
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	20
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100

N Obiettivi					5

Firmato MARGHERI MAURO

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOC Attivita' di riabilitazione funzionale**
Direttore / Resp	**MORETTI SANDRA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica/di processo	3
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			Qualità clinica/di processo	3
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES			Qualità clinica/di processo	3
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%			Qualità clinica/di processo	3
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4			Qualità clinica/di processo	4
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5			Qualità clinica/di processo	4
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2			Qualità clinica/di processo	4

Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica/di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto			Qualità clinica/di processo	3
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto			Qualità clinica/di processo	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS			Integrazione Ospedale Territorio	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Integrazione Ospedale Territorio	3
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC			Integrazione Ospedale Territorio	3
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%			Integrazione Ospedale Territorio	3
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%			Integrazione Ospedale Territorio	3
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo			Integrazione Ospedale Territorio	3

Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo			Integrazione Ospedale Territorio	3
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti			Integrazione Ospedale Territorio	3
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte			Integrazione Ospedale Territorio	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Valutazione logopedica in pazienti ricoverati a rischio di disfagia	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Valutazione fisioterapica in pazienti ricoverati effettuate a seguito di segnalazione	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					27

Firmato MORETTI SANDRA

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOC Attivita' diagnostiche per immagini**
Direttore / Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Stesura istruzione operativa relativa alle competenze proprie del TSRM nel sostenere il sistema CIS	Realizzzione Istruzione Operativa			Qualità clinica/di processo	66
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Tempo medio di esecuzione RX torace a letto in pazienti ricoverati	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					6

Firmato

Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**
Direttore Dip.	**MORETTI SANDRA**
Area	**Area Programmazione e controllo risorse**
Direttore Area	**MORETTI SANDRA**
SOC/SOS	**SOC Attivita' diagnostica di laboratorio**
Direttore / Resp	**LAMANNA RAFFAELE**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%			Qualità clinica/di processo	17
Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica			Qualità clinica/di processo	17
Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori			Qualità clinica/di processo	16
Estrazione dati analitici e statistici sull'attività di diagnostica di laboratorio	Realizzazione reportistica quadrimestrale			Qualità clinica/di processo	16
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
TAT Tecnico delle richieste di esami urgenti provenienti dal Pronto Soccorso inferiore ad 1 ora (per TAT Tecnico si intende l'intervallo di tempo che intercorre tra il check-in del campione e la validazione tecnica del dato analitico).	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

Firmato LAMANNA RAFFAELE

Rete Ospedaliera - Dott.ssa Maria Mechi

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	1	DSPO	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	NSG	87,42%	1	DSPO		
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	NSG	88,99%	1	DSPO		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	1	DSPO		
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	3	DSPO		
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		3	DSPO		
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	Aziendale		2	DSPO		
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	1	DSPO		
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		2	DSPO		
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		1	DSPO		
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		0	DSPO		
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		1	DSPO		
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		0	DSPO		
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		1	DSPO		
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali (Lug-Dic)	Report	Aziendale		0	DSPO		
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		1	DSPO		
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		1	DSPO		
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		2	DSPO		
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		2	DSPO		
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		2	DSPO		
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione offerta attiva	Aziendale		2	DSPO		

Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		2	DSPO		
Supporto alle implementazioni (azioni PNRR e altre acquisizioni programmate) in relazione alle proprie competenze: collaudi completati per quanto di competenza rispetto all'installato	100%	Aziendale		1	FS		
Coordinamento tra addetti sicurezza laser	almeno 2 incontri nell'anno	Aziendale		1	FS		
Revisione procedure interne nei vari ambiti della Fisica Medica: produzione di report e condivisione	Report	Aziendale		1	FS	Qualità clinica/di processo	67
Formazione in sicurezza laser: attivazione di un corso unitario aziendale in presenza	Report	Aziendale		1	FS		
Automazione delle valutazioni delle dosi somministrate durante i trattamenti radioterapici : redazione di procedura inserita nel flusso di lavoro della radioterapia	Report	Aziendale		1	FS		
Redazione e aggiornamento procedura gestione rifiuti da pazienti sottoposti a trattamenti con radioisotopi: redazione report e condivisione con Ecomanagement	Report	Aziendale		1	FS		
Redazione piano dismissione e allontamento apparecchiature radiologiche dismesse: redazione report e condivisione con Ecomanagement	Report	Aziendale		1	FS		
Attuazione inserimento dati su applicativi interni e di altri enti: redazione annuale report attività	Report	Aziendale		1	FS		
Coordinamento radioprotezione inter-SOC Fisica Sanitaria: effettuazione di almeno una riunione inter-SOC	Report	Aziendale		1	FS		
Revisione valutazione rischio FMEA	Report	Aziendale		1	FS		
Percentuale di prestazioni di colloquio di supporto all'operatore sanitario realizzate in rapporto alle richieste pervenute	Report	Aziendale		2	PSIC		
Report trimestrale attivita' ambulatoriale	Report	Aziendale		2	PSIC		
Report trimestrale attività attività complesse della gestione criticità relazionali	Report	Aziendale		2	PSIC		
Controllo campionario correttezza moduli di consenso informato (percentuale moduli corretti)	Report	Aziendale		2	PSIC		
Riduzione percentuale missing rispetto al numero totale CAM	<1%	Aziendale		2	TRAP		
Incremento percentuale donatori effettivi rispetto al numero totale CAM	>3%	Aziendale		2	TRAP		
Incremento percentuale donazioni cornee effettive rispetto anno 2024	>170%	Aziendale		2	TRAP		
Donatori di organi in morte encefalica	>34	NSG		2	TRAP		
Incremento percentuale donazioni osso da vivente inviati alla banca RT	>10%	Aziendale		2	TRAP		
Predisposizione report trimestrale	Report	Aziendale		2	TRAP		
Monitoraggio corretta differenziazione dei rifiuti tramite verifiche nei reparti ospedalieri e compilazione apposite check list	Report	Aziendale		2	ECO		
Report trimestrale attività RENTRI	Report	Aziendale		2	ECO		

Controlli campionari su corretta gestione dei Formulari % di scostamento tra peso in partenza e peso verificato a destino	<10%	Aziendale		2	ECO		
Redazione piano di dismissione e allontanamento apparecchiature radiologiche	Report	Aziendale		2	ECO		
Redazione procedura gestione rifiuti generati dall'assistenza a pazienti sottoposti a trattamenti con radioisotopi	Report	Aziendale		2	ECO		
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		3	Tutte	Qualità percepita	6
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		3	Tutte		
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		4	Tutte	Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale		10	Tutte	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		5	Tutte	Rischio clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		5	Tutte		

Data

Il Direttore *Dott.ssa Maria Mechi*

_____

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC DSPO del Mugello**
Direttore / Resp.	**CAPANNI CLAUDIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	2
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	Qualità Clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					28

FIRMA CAPANNI CLAUDIA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC DSPO Empoli**
Direttore / Resp.	**BELLINI FRANCESCA**

Obiettivo	Target	Fonte	alore 20	Area	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	2
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	Qualità Clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					28

FIRMA BELLINI FRANCESCA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC DSPO SS. Cosma e Damiano**
Direttore / Resp.	**NICCOLAI GIUDITT**

Obiettivo	Target	Fonte	alore 20	Area	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	2
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	Qualità Clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					28

FIRMA NICCOLAI GIUDITTA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC DSPO San Giovanni di Dio**
Direttore / Resp.	**NALDINI SIMONE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	2
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	Qualità Clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					28

FIRMA NALDINI SIMONE

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC DSPO San Jacopo**
Direttore / Resp.	**DI RENZO LUCILLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	2
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	Qualità Clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					28

FIRMA DI RENZO LUCILLA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC DSPO Santa Maria Annunziata**
Direttore / Resp.	**ELLEGRINO ELETTI**

Obiettivo	Target	Fonte	alore 20	Area	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	2
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	Qualità Clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					28

FIRMA ELLEGRINO ELETTR

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC DSPO Santa Maria Nuova**
Direttore / Resp.	**GRASSI TOMMASO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	2
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	Qualità Clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					28

FIRMA GRASSI TOMMASO

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC DSPO Santo Stefano**
Direttore / Resp.	**MECHI MARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	2
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	Qualità Clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					28

FIRMA MECHI MARIA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC Fisica Sanitaria Firenze ed Empoli**
Direttore / Resp.	**MAZZOCCHI SILVIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Supporto alle implementazioni (azioni PNRR e altre acquisizioni programmate) in relazione alle proprie competenze: collaudi completati per quanto di competenza	100%	Aziendale		Qualità Clinica	8
Coordinamento tra addetti sicurezza laser	almeno 2 incontri nell'anno	Aziendale		Qualità Clinica	8
Revisione procedure interne nei vari ambiti della Fisica Medica: produzione di report e condivisione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	7
Formazione in sicurezza laser: attivazione di un corso unitario aziendale in presenza	Report	Aziendale		Qualità Clinica	7
Automazione delle valutazioni delle dosi somministrate durante i trattamenti radioterapici : redazione di procedura inserita nel flusso di lavoro della radioterapia	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Redazione e aggiornamento procedura gestione rifiuti da pazienti sottoposti a trattamenti con radioisotopi: redazione report e condivisione con Ecomanagement	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Redazione piano dismissione e allontamento apparecchiature radiologiche dismesse: redazione report e condivisione con Ecomanagement	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Attuazione inserimento dati su applicativi interni e di altri enti: redazione annuale report attività	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Coordinamento radioprotezione inter-SOC Fisica Sanitaria: effettuazione di almeno una riunione inter-SOC	Report	Aziendale		Qualità Clinica	6
Revisione valutazione rischio FMEA	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA MAZZOCCHI SILVIA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOC Fisica Sanitaria Prato e Pistoia**
Direttore / Resp.	**BERNARDI LUCA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Supporto alle implementazioni (azioni PNRR e altre acquisizioni programmate) in relazione alle proprie competenze: collaudi completati per quanto di competenza	100%	Aziendale		Qualità Clinica	8
Coordinamento tra addetti sicurezza laser	almeno 2 incontri nell'anno	Aziendale		Qualità Clinica	8
Revisione procedure interne nei vari ambiti della Fisica Medica: produzione di report e condivisione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	7
Formazione in sicurezza laser: attivazione di un corso unitario aziendale in presenza	Report	Aziendale		Qualità Clinica	7
Automazione delle valutazioni delle dosi somministrate durante i trattamenti radioterapici : redazione di procedura inserita nel flusso di lavoro della radioterapia	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Redazione e aggiornamento procedura gestione rifiuti da pazienti sottoposti a trattamenti con radioisotopi: redazione report e condivisione con Ecomanagement	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Redazione piano dismissione e allontamento apparecchiature radiologiche dismesse: redazione report e condivisione con Ecomanagement	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Attuazione inserimento dati su applicativi interni e di altri enti: redazione annuale report attività	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Coordinamento radioprotezione inter-SOC Fisica Sanitaria: effettuazione di almeno una riunione inter-SOC	Report	Aziendale		Qualità Clinica	6
Revisione valutazione rischio FMEA	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					14

FIRMA BERNARDI LUCA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOS Donazioni organi e trapianti**
Direttore / Resp.	**GIRARDI EUFRASIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Riduzione percentuale missing rispetto al numero totale CAM	<1%	Aziendale		Qualità Clinica	12
Incremento percentuale donatori effettivi rispetto al numero totale CAM	>3%	Aziendale		Qualità Clinica	12
Incremento percentuale donazioni cornee effettive rispetto al	>170%	Aziendale		Qualità Clinica	13
Donatori di organi in morte encefalica	>34	NSG		Qualità Clinica	13
Incremento percentuale donazioni osso da vivente inviati alla banca RT	>10%	Aziendale		Qualità Clinica	13
Predisposizione report trimestrale	Report	Aziendale		Qualità Clinica	13
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energeti	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					10

FIRMA GIRARDI EUFRASIO

_____

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOS DSPO Palagi**
Direttore / Resp.	**SINISGALLI ERSILIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore 2024**	**Area**	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	4
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	4
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	14
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	6
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	7
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	8
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali (Lug- Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	6
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Proposta di indicatore	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					26

FIRMA SINISGALLI ERSILIA

_____

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOS DSPO San Giuseppe**
Direttore / Resp.	**BELLINI FRANCESC**

Obiettivo	Target	Fonte	alore 20	Area	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	2
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - erogazione	Risultato Atteso > 90%	NSG	73,77%	Qualità Clinica	5
Frattura di femore, permanenza in PS <= 8 ore	>=80%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	5
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					28

FIRMA BELLINI FRANCESCA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOS DSPO San Marcello**
Direttore / Resp.	**DI RENZO LUCILLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore 2024**	**Area**	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	5
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	10
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	13
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali (Lug- Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	10

Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Proposta di indicatore	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100

N Obiettivi					28

FIRMA DI RENZO LUCILLA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOS DSPO San Miniato e Fucecchio**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	4
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	9
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0

Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					26

FIRMA Non Assegnata

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOS DSPO**
Direttore / Resp.	**CHELLINI MARTINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	PNGRLA	92%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	NSG	0,10%	Qualità Clinica	4
Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10%	Aziendale		Qualità Clinica	9
Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	MeS	-0,52	Qualità Clinica	5
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Messa a punto di un modello per la valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Misurazione degli indicatori over, under e row-utilization per le sale operatorie (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi di chirurgia ambulatoriale (emodinamica, endoscopia, ecc)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi di chirurgia ambulatoriale (Lug-Dic)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Messa a punto di un modello per la valutazione degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	2
Misurazione del tasso di utilizzo degli spazi ambulatoriali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	0
Predisposizione report trimestrale di presidio	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5

Predisposizione report mensile PS	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Definizione di un num minimo di simulazioni per antincendio e PEIVAC (per i primi 3 mesi) ed esecuzione simulazione (ultimi 9 mesi)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Tasso di occupazione posto letto	Report	Aziendale		Qualità Clinica	5
Vaccinazioni operatori sanitari: incremento copertura rispetto al 2024	>=3%	Aziendale		Qualità Clinica	4
Vaccinazioni pazienti fragili (dializzati)	modello per implementazione	Aziendale		Qualità Clinica	3
Predisposizione e realizzazione di una survey (Lyme survey) sulle motivazioni di mancata copertura vaccinale negli operatori sanitari e azioni di miglioramento	Report	Aziendale		Qualità Clinica	3
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	Aziendale		Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs.	Aziendale		Qualità percepita	3
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					26

FIRMA CHELLINI MARTINA

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOS**
Direttore / Resp.	**BARBIERI ANTONIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Monitoraggio corretta differenziazione dei rifiuti tramite verifiche nei reparti ospedalieri e compilazione apposite check	Report	Aziendale		Qualità Clinica	15
Report trimestrale attività RENTRI	Report	Aziendale		Qualità Clinica	15
Controlli campionari su corretta gestione dei Formulari % di scostamento tra peso in partenza e peso verificato a destino	<10%	Aziendale		Qualità Clinica	15
Redazione piano di dismissione e allontanamento apparecchiature radiologiche	Report	Aziendale		Qualità Clinica	15
Redazione procedura gestione rifiuti generati dall'assistenza a pazienti sottoposti a trattamenti con radioisotopi	Report	Aziendale		Qualità Clinica	15
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					9

FIRMA BARBIERI ANTONIO

_____

Dipartimento	**Rete Ospedaliera**
Direttore Dip.	**MECHI MARIA**
SOC/SOS	**SOS Psicologia ospedaliera**
Direttore / Resp.	**BERTINI GLENDA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**alore 20**	**Area**	Peso
Percentuale di prestazioni di colloquio di supporto all'operatore sanitario realizzate in rapporto alle richieste	Report	Aziendale		Qualità Clinica	18
Report trimestrale attivita' ambulatoriale	Report	Aziendale		Qualità Clinica	18
Report trimestrale attività attività complesse della gestione criticità relazionali	Report	Aziendale		Qualità Clinica	20
Controllo campionario correttezza moduli di consenso informato (percentuale moduli corretti)	Report	Aziendale		Qualità Clinica	20
Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetic	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per	Aziendale		Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	Aziendale		Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	Aziendale		Rischio clinico	5
Totale					100
N Obiettivi					8

FIRMA BERTINI GLENDA

Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale - Dott. Daniele Mannelli

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	NSG	87,42%	1		Governo liste d'attesa	2
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	NSG	88,99%	1			
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14		13,11	1			
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%		88,14%	1			
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	1			
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	1			
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	NSG	44,27%	2			
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,95	1			
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,21	1			
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	1			
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86%	2			
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	22,83	3			
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	PNE tree map(PROSE)	1,59	1			
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	MeS	1,73%	2			

Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	MeS	1,56%	3			
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	MeS	19,90%	2			
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	MeS	28,80%	2			
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	1			
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	1			
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	2			
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		2			
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale	71,60%	1		Qualità clinica di processo	76
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	MeS	29,16	3			
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	MeS	50,01	2			
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	MeS	61,01%	2			
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17%	2			
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75%	3			
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	30,14%	2			

Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	MeS	58,37%	1	
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	NSG	20,08	2	
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	MeS	54,77%	3	
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	Aziendale		1	
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		1	
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	Aziendale		1	
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		1	
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		1	
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		2	
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		2	

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		1			
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		2			
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	Aziendale		2			
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	Aziendale		3			
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	Aziendale		3			
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Piena Attivazione del servizio	Aziendale		2			
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		3			
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		4		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	5		Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	MeS	Nuovo	3	Tutte	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Farmacia	Nuovo	5	Tutte	Farmaci / Dispositivi	10
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Nuovo	5			

Data

Il Direttore *Dott. Daniele Mannelli*

_____

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**SOC Innovazione organizzativa per la gestione della cronicita' e sanita' d'iniziativa**
Direttore / Resp.	**ROTI LORENZO**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2

Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO ROTI LORENZO

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UOC Professionale Organizzazione Servizi Sanitari di Base**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2

Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore / Resp.	\

Obiettivo	Target	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2

Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO MANNELLI DANIELE

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**SOC Governo area convenzionati**
Direttore / Resp.	**MANNELLI DANIELE**

Obiettivo	Target	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	1
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	4
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	4

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	8
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	5
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	14
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	14
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	14
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Totale				100
N Obiettivi				23

FIRMATO MANNELLI DANIELE

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**SOC Tutela sanitaria negli istituti di detenzione Firenze**
Direttore / Resp.	**ROMILIO MAURO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Stesura di una procedura per la gestione della TBC in ambito penitenziario.	Report Procedura			Qualità clinica di processo	20
Stesura di una procedura per la gestione del paziente oncologico all'interno degli istituti penitenziari	Report Procedura			Qualità clinica di processo	15
Stesura di un protocollo per la prevenzione dei suicidi all'interno degli istituti penitenziari della ASL TC.	Report Protocollo			Qualità clinica di processo	15
Riorganizzazione del sistema Cure Primarie all'interno degli istituti penitenziari.	Report Protocollo			Qualità clinica di processo	20
Implementazione di un sistema di telemedicina all'interno degli istituti penitenziari della ASL TC.	Report			Qualità clinica di processo	15
Gestione emergenze all'interno degli istituti penitenziari.	Report			Qualità clinica di processo	15
Totale					100
N Obiettivi					6

FIRMATO ROMILIO MAURO

SOC Tutela sanitaria negli istituti di detenzione Prato e Pistoia

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**SOC Tutela sanitaria negli istituti di detenzione Prato e Pistoia**
Direttore / Resp.	**CERULLO DOMENICO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Stesura di una procedura per la gestione della TBC in ambito penitenziario.	Report Procedura			Qualità clinica di processo	20
Stesura di una procedura per la gestione del paziente oncologico all'interno degli istituti penitenziari	Report Procedura			Qualità clinica di processo	15
Stesura di un protocollo per la prevenzione dei suicidi all'interno degli istituti penitenziari della ASL TC.	Report Protocollo			Qualità clinica di processo	15
Riorganizzazione del sistema Cure Primarie all'interno degli istituti penitenziari.	Report Protocollo			Qualità clinica di processo	20
Implementazione di un sistema di telemedicina all'interno degli istituti penitenziari della ASL TC.	Report			Qualità clinica di processo	15
Gestione emergenze all'interno degli istituti penitenziari.	Report			Qualità clinica di processo	15
Totale					100
N Obiettivi					6

FIRMATO CERULLO DOMENICO

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**SOS Continuita' ospedale territorio e pianificazione post acuzie**
Direttore / Resp.	**PERILLO GIUSEPPINA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	5
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	15
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	15
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	15
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	11
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	10
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	10
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	10

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Totale				100
N Obiettivi				10

FIRMATO PERILLO GIUSEPPINA

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**SOS Convenzioni MMG**
Direttore / Resp.	**LAZZARA LOREDANA EPIFANIA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	3
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	5
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	3
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	6

Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	5
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	14

Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	14
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	14
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Totale				100
N Obiettivi				21

FIRMATO AZZARA LOREDANA EPIFAN

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**SOS Convenzioni PdF e specialisti ambulatoriali**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	3
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	8
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	8
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	8
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	25
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	25

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	10
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	5
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Totale				100
N Obiettivi				10

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**SOS Direzione Sanitaria di Strutture Sanitarie Residenziali e Semiresidenziali ex Art. 26**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	16
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	16
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	16
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	16
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	17

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale				100
N Obiettivi				8
			FIRMATO	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**UFC Coordinamento aziendale Cure Palliative**
Direttore / Resp.	**MESSERI ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	30
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	28
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	5
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5

Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale				100
N Obiettivi				8

FIRMATO MESSERI ANDREA

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**UFC Cure intermedie e unita' di valutazione**
Direttore / Resp.	**PERILLO GIUSEPPINA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	5
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	83
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Totale				100
N Obiettivi				5

FIRMATO PERILLO GIUSEPPINA

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**UFS Cure Palliative e Hospice Firenze Empoli**
Direttore / Resp.	**CASINI CINZIA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	30
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	28
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	5
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5

Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale				100
N Obiettivi				8

FIRMATO CASINI CINZIA

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**
Direttore Area	**MANNELLI DANIELE**
SOC/SOS	**UFS Cure Palliative e Hospice Prato e Pistoia**
Direttore / Resp.	**PIENTINI SABRINA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	30
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	28
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	5
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5

Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	10
Totale				100
N Obiettivi				8

FIRMATO PIENTINI SABRINA

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2

Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO BAGGIANI LORENZO

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOC Organizzazione presidi e servizi territoriali**
Direttore / Resp.	**BRIANI SILVIA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	NSG	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	NSG	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14		13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%		88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	NSG	44,27%	Qualità clinica di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Qualità clinica di processo	1

N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	MeS	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	ree map(PR	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	MeS	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	MeS	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	MeS	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	MeS	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG	51,09%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma	Aziendale	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	MeS	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	MeS	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	MeS	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	MeS	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	MeS	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA	>40%	MeS	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA	>40%	MeS	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	NSG	20,08	Qualità clinica di processo	2
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	MeS	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	1

Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione		Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di	Aziendale		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	3

Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	MeS	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Aziendale	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N Obiettivi					50

FIRMATO BRIANI SILVIA

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOC Programmazione, gestione operativa e percorsi specialistici integrati**
Direttore / Resp.	**BAGGIANI LORENZO**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2

Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO BAGGIANI LORENZO

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOC Sviluppo Rete Territoriale**
Direttore / Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Valore USL 2024	Area	Peso
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2

Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Empolese Valdarno Inferiore**
Direttore / Resp.	**AMICO PAOLO**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2

Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO AMICO PAOLO

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Firenze**
Direttore / Resp.	**BAGGIANI LORENZO**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2

Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO BAGGIANI LORENZO

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Nord Ovest**
Direttore / Resp.	**PECCHIOLI ALESSANDRO**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2

Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO PECCHIOLI ALESSANDRO

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Pistoia**
Direttore / Resp.	**MANNELLI DANIELE**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2

Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO MANNELLI DANIELE

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Prato**
Direttore / Resp.	**TATTINI LAURA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2

Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO TATTINI LAURA

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Sud Est**
Direttore / Resp.	**SILEI SECCHINI TIZIANA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2

Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2

Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO SILEI SECCHINI TIZIANA

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Valdinievole**
Direttore / Resp.	**MELANI SARA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2

Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO MELANI SARA

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Zona Mugello**
Direttore / Resp.	**ROTI LORENZO**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	87,42%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	88,99%	Governo liste d'attesa	1
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	>=14	13,11	Qualità clinica di processo	1
Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	88,14%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	56,31%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	63,43%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	44,27%	Qualità clinica di processo	2

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	6,95	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4,21	Qualità clinica di processo	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4,48	Qualità clinica di processo	1
N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	33,86%	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83	Qualità clinica di processo	3
Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1,59	Qualità clinica di processo	1
Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	1,73%	Qualità clinica di processo	2
Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	1,56%	Qualità clinica di processo	3
Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	19,90%	Qualità clinica di processo	2
Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	28,80%	Qualità clinica di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	97,12%	Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	96,63%	Qualità clinica di processo	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	51,09%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.		Qualità clinica di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	71,60%	Qualità clinica di processo	1
Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	29,16	Qualità clinica di processo	3
Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	50,01	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	61,01%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	64,17%	Qualità clinica di processo	2
Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	16,75%	Qualità clinica di processo	3
Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	30,14%	Qualità clinica di processo	2
Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	58,37%	Qualità clinica di processo	1
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	20,08	Qualità clinica di processo	2

Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	54,77%	Qualità clinica di processo	3
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato		Qualità clinica di processo	1
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività		Qualità clinica di processo	1
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.			Qualità clinica di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	2

Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto		Qualità clinica di processo	2
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	3
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	3
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Adesione all'indagine PREMs sul territorio	Promozione adesione per pazienti con cronicità	Nuovo	Qualità percepita	3
Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti assistiti al domicilio dalle cure palliative	>=90%	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Incremento della distribuzione diretta dei farmaci in RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale				100
N Obiettivi				50

FIRMATO ROTI LORENZO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**
Direttore Dip.	**MANNELLI DANIELE**
Area	**Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**
Direttore Area	**BAGGIANI LORENZO**
SOC/SOS	**SOS Servizi sanitari cure primarie**
Direttore / Resp.	**GUADAGNO ROSALBA**

Obiettivo	**Target**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale		Qualità clinica di processo	16
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	16
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS		Qualità clinica di processo	16
Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività		Qualità clinica di processo	13
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile		Qualità clinica di processo	10

Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Consolidamento del servizio		Qualità clinica di processo	10
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo		Qualità clinica di processo	10
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Nuovo	Variabilità	5
Totale				100
N Obiettivi				9

FIRMATO GUADAGNO ROSALBA

_____

Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione - Dott.ssa Ilaria Spaghetti

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,40%	4	RIA	Governo liste d'attesa	4
Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	Aziendale		5	RIA	Qualità clinica di processo	46
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	>1,8	MeS	1,7	3	RIA		
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	>2,7	MeS	1,8	5	RIA		
Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	<1,7	MeS	2,03	5	RIA		
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		7	RIA		
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		7	RIA		
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	Aziendale		2	RIA		
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		7	RIA		
Integrazione di di tecniche di MTC ne perioperatorio e nel reparto di riabilitazione cod. 56 ed ex art. 26	Report che documenti l'attività	Aziendale		5	Cure Complementari		
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		8	Tutte	Integrazione Ospedale Territorio	16
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		8	Tutte		
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		4	Tutte	Efficientamento energetico	4

Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	10	Tutte	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio Clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	5	RIA	Farmaci / Dispositivi	10
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	5	RIA		

Data

Il Direttore *Dott.ssa Ilaria Spaghetti*

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**
Direttore Dip.	**f.f. SPAGHETTI ILARIA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Medicina fisica e riabilitativa I**
Direttore/Resp	**SPAGHETTI ILARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,40%	Governo liste d'attesa	4
Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	6
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	6
Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	<1,7	MeS	2,03	Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multi professionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMA SPAGHETTI ILARIA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**
Direttore Dip.	**f.f. SPAGHETTI ILARIA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Medicina fisica e riabilitativa II**
Direttore/Resp	**IMBRENDA MARGHERITA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,40%	Governo liste d'attesa	4
Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	6
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	6
Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	<1,7	MeS	2,03	Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multi professionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMA [illegible]MBRENDA MARGHERITA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**
Direttore Dip.	**f.f. SPAGHETTI ILARIA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Centro di coordinamento aziendale medicina integrata**
Direttore/Resp	**GUIDO CARMELO PASQUALE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Integrazione di di tecniche di MTC nel perioperatorio e nel reparto di riabilitazione cod. 56 ed ex articolo 26	Report che documenti l'attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	56
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	10
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	10
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	10
Totale					100
N. Obiettivi					6

FIRMA JIDO CARMELO PASQUAI

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**
Direttore Dip.	**f.f. SPAGHETTI ILARIA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Medicina fisica e riabilitativa Empoli**
Direttore/Resp	**MONCINI CRISTINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,40%	Governo liste d'attesa	4
Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	6
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	6
Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	<1,7	MeS	2,03	Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multi professionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMA MONCINI CRISTINA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**
Direttore Dip.	**f.f. SPAGHETTI ILARIA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Medicina fisica e riabilitativa Firenze**
Direttore/Resp	**SPAGHETTI ILARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,40%	Governo liste d'attesa	4
Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	6
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	6
Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	<1,7	MeS	2,03	Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multi professionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMA SPAGHETTI ILARIA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**
Direttore Dip.	**f.f. SPAGHETTI ILARIA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Medicina fisica e riabilitativa Pistoia**
Direttore/Resp	**BONI MARTINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,40%	Governo liste d'attesa	4
Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	6
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	6
Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	<1,7	MeS	2,03	Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multi professionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMA BONI MARTINA

Dipartimento	**Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**
Direttore Dip.	**f.f. SPAGHETTI ILARIA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Medicina fisica e riabilitativa Prato**
Direttore/Resp	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90%	PRGLA	88,40%	Governo liste d'attesa	4
Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	6
Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	6
Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	<1,7	MeS	2,03	Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multi professionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre- analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio Clinico	5
% confezioni NAO a brevetto scaduto (rivaroxaban,dabigatran) sul totale delle confezioni	>=50%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Riduzione dell'utilizzo di DM largo consumo (A0201) (A0101) (M02)	<5%	Farmacia	Nuovo	Farmaci / Dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					17

FIRMA

Non Assegnata

Dipartimento Salute Mentale - Dott. Giuseppe Cardamone

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		4	SMIA	Integrazione ospedale / territorio
Assicurare la continuità di cura per la persona autistica nel passaggio tra UFSMIA e UFSMA/Servizi sociali mediante la strutturazione dei PTRI attraverso valutazioni multidimensionali e multiprofessionali	Almeno 3 riunioni effettuate tra UFSD Autismo UFSMIA UFSMA e Servizi sociali dedicati	Aziendale		4	UFS Autismo	
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		1	SMIA	
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		3	SMIA	
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		4	SMA	
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		4	SMA	
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		3	SMA	
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		5	Dipartimento	
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		3	Tutte	
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		3	Tutte	
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		1	Tutte	
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		1	SMA/SMIA	
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		2	SMA/SMIA	

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		1	SMA/SMIA	
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		1	SMA/SMIA	
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	5	SMA	Qualità clinica di processo
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	5	SMA	
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	3	SMIA	
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	2	SMIA	
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	5	SMA	
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	3	Tutte	Qualità percepita
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale	Nuovo	3	Tutte	
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		4		Efficientamento energetico
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	10	Tutte	Variabilità
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio clinico
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	5	SMA	Farmaci / Dispositivi
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	5	SMA	

Data

Il Direttore *Dott. Giuseppe Cardamone*

_____

Peso Area
40

20
6
4
10
10
10

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UFC Disturbi dell'alimentazione**
Direttore/ Resp.	**LUCARELLI STEFANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri per pz affetti da DAN presso l'SPDC di Empoli dove è già presente un posto dedicato;	Report			Qualità clinica di processo	28
Organizzazione di almeno 2 eventi formativi rivolti alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Medici di Medicina Generale dell'ASL TC;	Report			Qualità clinica di processo	30
Apertura di un Punto di Ascolto per DAN rivolto alla popolazione, allocato nel territorio pistoiese, con la finalità di offrire un nuovo servizio di facile accesso e disponibilità nell'ottica di un'organizzazione di capillarizzazione dell'offerta aziendale.	Report			Qualità clinica di processo	28
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Totale					100
N. Obiettivi					6

FIRMATO LUCARELLI STEFANO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UFC Riabilitazione pazienti psichiatrici autori di reato**
Direttore/ Resp.	**MARASCO ELISABETTA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio dei percorsi dei pazienti psichiatrici autori di reato nelle SRP di I e II livello;	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione delle procedure di passaggio dalla REMS alle SRP di I e II livello allo scopo di favorire il turn over dei pazienti psichiatrici autori di reato.	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO MARASCO ELISABETTA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UFS Autismo**
Direttore/ Resp.	**ALOISI MARIA STELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Assicurare la continuità di cura per la persona autistica nel passaggio tra UFSMIA e UFSMA/Servizi sociali mediante la strutturazione dei PTRI attraverso valutazioni multidimensionali e multiprofessionali	Almeno 3 riunioni effettuate tra UFSD Autismo UFSMIA UFSMA e Servizi sociali dedicati	Aziendale		Qualità clinica di processo	10
Incremento del numero di persone con DSAut con profilo di funzionamento aggiornato nell'anno in corso > 20%	Report			Qualità clinica di processo	38
Incremento del numero di soggetti con DSAut con continuità di cura dalle UFSMIA alle UFSMA > 20 %	Report			Qualità clinica di processo	38
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					6

FIRMATO ALOISI MARIA STELLA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UFS Cura e riabilitazione pazienti psichiatrici in misure di sicurezza**
Direttore/ Resp.	**MONTANELLI CLAUDIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Almeno 3 progetti di inserimenti lavorativi socioterapeutici da realizzare nel corso del 2025	Report			Qualità clinica di processo	43
Almeno 2 contratti di lavoro a tempo indeterminato di pazienti già inseriti in percorsi lavorativi socio - terapeutici.	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO MONTANELLI CLAUDIA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UFS Salute Mentale in carcere**
Direttore/ Resp.	**MARASCO ELISABETTA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percorsi di collaborazione con i Servizi di Salute Mentale allo scopo di favorire l'attivazione di misure alternative alla detenzione	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di progettti in uscita da ATSM verso SRP.	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO MARASCO ELISABETTA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UOC Professionale psicologia**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
1.Realizzazione e coordinamento dell'Estensione a tutte le zone della Asl Toscana Centro del Progetto Regionale Sperimentazione Psicologia di Base, da attivare nelle Case di Comunità di Firenze Sud/Est e Nord/Ovest, Empoli, Prato e Pistoia (oltre alle 3 sedi attivate fin dall'autunno 2024 nel Quartiere 5 di Firenze).	Report			Qualità clinica di processo	43
Realizzazione della Riorganizzazione della Psicologia Aziendale allo scopo di migliorare le risposte ai bisogni psicologici dei cittadini, attraverso la valorizzazione delle competenze specialistiche degli Psicologi (core-competence) e l'ottimizzazione delle Risorse psicologiche	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UOS Professionale psicologia Empoli**
Direttore/ Resp.	**MARZIANI FABIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
1.Realizzazione e coordinamento dell'Estensione a tutte le zone della Asl Toscana Centro del Progetto Regionale Sperimentazione Psicologia di Base, da attivare nelle Case di Comunità di Firenze Sud/Est e Nord/Ovest, Empoli, Prato e Pistoia (oltre alle 3 sedi attivate fin dall'autunno 2024 nel Quartiere 5 di Firenze).	Report			Qualità clinica di processo	43
Realizzazione della Riorganizzazione della Psicologia Aziendale allo scopo di migliorare le risposte ai bisogni psicologici dei cittadini, attraverso la valorizzazione delle competenze specialistiche degli Psicologi (core-competence) e l'ottimizzazione delle Risorse psicologiche	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO MARZIANI FABIO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UOS Professionale psicologia Firenze Centro**
Direttore/ Resp.	**CORSI CONTICELLI GUIGA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
1.Realizzazione e coordinamento dell'Estensione a tutte le zone della Asl Toscana Centro del Progetto Regionale Sperimentazione Psicologia di Base, da attivare nelle Case di Comunità di Firenze Sud/Est e Nord/Ovest, Empoli, Prato e Pistoia (oltre alle 3 sedi attivate fin dall'autunno 2024 nel Quartiere 5 di Firenze).	Report			Qualità clinica di processo	43
Realizzazione della Riorganizzazione della Psicologia Aziendale allo scopo di migliorare le risposte ai bisogni psicologici dei cittadini, attraverso la valorizzazione delle competenze specialistiche degli Psicologi (core-competence) e l'ottimizzazione delle Risorse psicologiche	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO :ORSI CONTICELLI GUIGA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UOS Professionale psicologia Firenze Nord Ovest**
Direttore/ Resp.	**NON ASSEGNATO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
1.Realizzazione e coordinamento dell'Estensione a tutte le zone della Asl Toscana Centro del Progetto Regionale Sperimentazione Psicologia di Base, da attivare nelle Case di Comunità di Firenze Sud/Est e Nord/Ovest, Empoli, Prato e Pistoia (oltre alle 3 sedi attivate fin dall'autunno 2024 nel Quartiere 5 di Firenze).	Report			Qualità clinica di processo	43
Realizzazione della Riorganizzazione della Psicologia Aziendale allo scopo di migliorare le risposte ai bisogni psicologici dei cittadini, attraverso la valorizzazione delle competenze specialistiche degli Psicologi (core-competence) e l'ottimizzazione delle Risorse psicologiche	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO NON ASSEGNATO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UOS Professionale psicologia Firenze Sud Est e Mugello**
Direttore/ Resp.	**ZELONI GABRIELE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
1.Realizzazione e coordinamento dell'Estensione a tutte le zone della Asl Toscana Centro del Progetto Regionale Sperimentazione Psicologia di Base, da attivare nelle Case di Comunità di Firenze Sud/Est e Nord/Ovest, Empoli, Prato e Pistoia (oltre alle 3 sedi attivate fin dall'autunno 2024 nel Quartiere 5 di Firenze).	Report			Qualità clinica di processo	43
Realizzazione della Riorganizzazione della Psicologia Aziendale allo scopo di migliorare le risposte ai bisogni psicologici dei cittadini, attraverso la valorizzazione delle competenze specialistiche degli Psicologi (core-competence) e l'ottimizzazione delle Risorse psicologiche	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO ZELONI GABRIELE

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UOS Professionale psicologia Pistoia**
Direttore/ Resp.	**GIUSTI VALENTINA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
1.Realizzazione e coordinamento dell'Estensione a tutte le zone della Asl Toscana Centro del Progetto Regionale Sperimentazione Psicologia di Base, da attivare nelle Case di Comunità di Firenze Sud/Est e Nord/Ovest, Empoli, Prato e Pistoia (oltre alle 3 sedi attivate fin dall'autunno 2024 nel Quartiere 5 di Firenze).	Report			Qualità clinica di processo	43
Realizzazione della Riorganizzazione della Psicologia Aziendale allo scopo di migliorare le risposte ai bisogni psicologici dei cittadini, attraverso la valorizzazione delle competenze specialistiche degli Psicologi (core-competence) e l'ottimizzazione delle Risorse psicologiche	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO GIUSTI VALENTINA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	
Direttore Area	
SOC/SOS	**UOS Professionale psicologia Prato**
Direttore/ Resp.	**FINI ALESSANDRA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
1.Realizzazione e coordinamento dell'Estensione a tutte le zone della Asl Toscana Centro del Progetto Regionale Sperimentazione Psicologia di Base, da attivare nelle Case di Comunità di Firenze Sud/Est e Nord/Ovest, Empoli, Prato e Pistoia (oltre alle 3 sedi attivate fin dall'autunno 2024 nel Quartiere 5 di Firenze).	Report			Qualità clinica di processo	43
Realizzazione della Riorganizzazione della Psicologia Aziendale allo scopo di migliorare le risposte ai bisogni psicologici dei cittadini, attraverso la valorizzazione delle competenze specialistiche degli Psicologi (core-competence) e l'ottimizzazione delle Risorse psicologiche	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO FINI ALESSANDRA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**Area Dipendenze**
Direttore/ Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO MANFREDI ANTONELLA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFC Dipendenze Empoli**
Direttore/ Resp.	**SCUOTTO STEFANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO SCUOTTO STEFANO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFC Dipendenze Firenze**
Direttore/ Resp.	**IOZZI ADRIANA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO IOZZI ADRIANA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFC Dipendenze Firenze Sud Est e Mugello**
Direttore/ Resp.	**TROTTA PAOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO TROTTA PAOLA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFC Dipendenze Nord Ovest**
Direttore/ Resp.	**MALANDRINI SOFIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO MALANDRINI SOFIA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFC Dipendenze Pistoia**
Direttore/ Resp.	**FAGNI FABRIZIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO FAGNI FABRIZIO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFC Dipendenze Prato**
Direttore/ Resp.	**MANFREDI ANTONELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO MANFREDI ANTONELLA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFS Dipendenze in carcere**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFS SerD Firenze Q1, Q2**
Direttore/ Resp.	**POSARELLI DONELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO POSARELLI DONELLA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFS SerD Firenze Q3, Q4**
Direttore/ Resp.	**DI BELLO MARIA GRAZIA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO DI BELLO MARIA GRAZIA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFS SerD Firenze Q5**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFS SerD Mugello**
Direttore/ Resp.	**BARDAZZI GABRIELE**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO BARDAZZI GABRIELE

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Dipendenze**
Direttore Area	**MANFREDI ANTONELLA**
SOC/SOS	**UFS SerD Sud Est**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica di processo	55
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	7
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10

Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					8

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**Area Salute mentale adulti**
Direttore/ Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4

Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO CARDAMONE GIUSEPPE

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFC SMA Empoli**
Direttore/ Resp.	**GRANATI ORLANDO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO GRANATI ORLANDO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFC SMA Firenze**
Direttore/ Resp.	**CASAMASSIMA FRANCESC**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all’indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO CASAMASSIMA FRANCESCO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFC SMA Nord Ovest**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21
				FIRMATO	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFC SMA Pistoia**
Direttore/ Resp.	**DALLE LUCHE RICCARDO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO DALLE LUCHE RICCARDO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFC SMA Prato**
Direttore/ Resp.	**CARDAMONE GIUSEPPE**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all’indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO CARDAMONE GIUSEPPE

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFC SMA Sud Est e Mugello**
Direttore/ Resp.	**CASTAGNOLI STEFANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4

Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all’indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO CASTAGNOLI STEFANO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFC SMA Valdinievole**
Direttore/ Resp.	**COLI ELISABETTA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO COLI ELISABETTA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Empoli 1**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Empoli 2**
Direttore/ Resp.	**INNOCENTI LUCA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO INNOCENTI LUCA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Mugello**
Direttore/ Resp.	**SALVATORI STEFANO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO SALVATORI STEFANO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Nord Ovest Campi, Calenzano, Signa**
Direttore/ Resp.	**BENCINI ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4

Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all’indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO BENCINI ANDREA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Nord Ovest Scandicci, Lastra a Signa**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4

Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all’indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO

Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Nord Ovest Sesto F.no, Fiesole, Vaglia**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4

Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all’indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3

Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO

Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Prato 1**
Direttore/ Resp.	**RAIMONDI FRANCESCO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO RAIMONDI FRANCESCO

_____

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Prato 2**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21
				FIRMATO	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Prato 2**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO

Non Assegnata

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
Dr. Giuseppe Cardamone

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Q1-Q3**
Direttore/ Resp.	**CASAMASSIMA FRANCESC**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all’indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO CASAMASSIMA FRANCESCO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Q2**
Direttore/ Resp.	**MELONI DEBORA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO MELONI DEBORA

_____

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Q4**
Direttore/ Resp.	**BARCIULLI ELISABETTA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO BARCIULLI ELISABETTA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Q5**
Direttore/ Resp.	**CICOGNI ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO CICOGNI ANDREA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Sud Est 10**
Direttore/ Resp.	**CELLINI MASSIMO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21

FIRMATO CELLINI MASSIMO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UFS SMA Sud Est 11**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	5

Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	5
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	NSG	6,23%	Qualità clinica di processo	5
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	MeS	33,79%	Qualità clinica di processo	7
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	MeS	6,06%	Qualità clinica di processo	6
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente (65%)	MeS	61,15%	Qualità percepita	3
Individuazione di un referente PREMs per struttura, partecipazione agli incontri mensili di reparto con i coordinatori e pianificazione eventuali azioni di miglioramento	Formalizzazione referente PREMs. Relazione incontri mensili ed eventuali proposte di miglioramento	Aziendale		Qualità percepita	3

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	5
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
LAI: percentuale dei pazienti naive trattati con molecole cost saving (paliperidone+risperidone)	>=60%	Farmacia	Nuovo	Farmaci/dispositivi	5
Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	NSG	24358	Farmaci/dispositivi	5
Totale					100
N. Obiettivi					21
				FIRMATO	Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale adulti**
Direttore Area	**CARDAMONE GIUSEPPE**
SOC/SOS	**UOC Professionale psichiatria**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Preparazione di almeno due eventi formativi in tema di gestione clinica delle emergenze psicopatologiche da inserire nel piano Formativo Aziendale;	Report			Qualità clinica di processo	43
Organizzazione di almeno 1 evento formativo in tema di etnopsicofarmacologia clinica in considerazione della presenza e della eterogeneità demografica rappresentata dai gruppi etnici minoritari presenti nel territorio aziendale.	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore/ Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO

Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFC SMIA Empoli**
Direttore/ Resp.	**BAGNOLI FRANCESCA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO BAGNOLI FRANCESCA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFC SMIA Firenze**
Direttore/ Resp.	**LANDI MARIO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO LANDI MARIO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFC SMIA Nord Ovest**
Direttore/ Resp.	**MELLI STEFANIA**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO MELLI STEFANIA

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFC SMIA Pistoia**
Direttore/ Resp.	**SALES BRUNO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO SALES BRUNO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFC SMIA Prato**
Direttore/ Resp.	**SICCA FEDERICO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO SICCA FEDERICO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFC SMIA Sud Est e Mugello**
Direttore/ Resp.	**IURANO CORNELIA ALB**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO MURANO CORNELIA ALB

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFS Neurologia dell'infanzia e adolescenza**
Direttore/ Resp.	**SICCA FEDERICO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Attivazione e messa in funzione di due unità di degenza clinica ospedaliera (letti tecnici) presso la SOC di Pediatria dell'Ospedale San Jacopo di Pistoia, destinate al monitoraggio EEG prolungato (LTM) e alla diagnostica della patologia neurologica ed epilettologica complessa in età evolutiva.	Report			Qualità clinica di processo	43
Attivazione di un ambulatorio clinico ed elettroencefalografico dedicato alle epilessie dell'età evolutiva presso il Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata di Bagno a Ripoli (Firenze), al fine di potenziare l'offerta diagnostica e assistenziale territoriale.	Report			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5

Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO SICCA FEDERICO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFS SMIA Firenze Quartieri 1,2 e 3**
Direttore/ Resp.	**LANDI MARIO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO LANDI MARIO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFS SMIA Firenze Quartieri 4 e 5**
Direttore/ Resp.	**LO PARRINO RICCARDO**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO LO PARRINO RICCARDO

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFS SMIA Pistoia**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO

Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UFS SMIA Valdinievole**
Direttore/ Resp.	**ASARANO MANUELA RI**

Obiettivo	Target	Fonte	Valore USL 2024	Area	Peso
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	Aziendale		Qualità clinica di processo	6

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	6
Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	MeS	39,56%	Qualità clinica di processo	8
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica di processo	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità			Variabilità	10
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					82

N. Obiettivi					13

FIRMATO ASARANO MANUELA RIT

Dipartimento	**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**
Direttore Dip.	**CARDAMONE GIUSEPPE**
Area	**Area Salute mentale infanzia e adolescenza**
Direttore Area	**Non Assegnata**
SOC/SOS	**UOC Professionale neuropsichiatria**
Direttore/ Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Monitoraggio dei farmaci off label e loro appropriatezza	Report			Qualità clinica di processo	43
Organizzazione di almeno 1 evento formativo in tema di trattamento psicofarmacologico nelle fasi acute dei disturbi di comportamento dirompente e di agitazione psicomotoria.	Report evento formazione			Qualità clinica di processo	43
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale		Efficientamento energetico	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					5

FIRMATO Non Assegnata

_____

Dipartimento Servizio Sociale - Dott.ssa Rossella Boldrini

Obiettivo	Target	Fonte	Valore 2024	Peso 2025	Struttura	Area	Peso Area
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		5		Integrazione Ospedale Territorio	20
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		5			
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti il monitoraggio delle azioni di governo sui flussi SIAD	Aziendale		3			
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		3			
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di tutti gli Ospedali di Comunità	Aziendale		4			
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	MeS	54,77%	2			
Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	MeS	41,11%	1			
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	1			
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	36,75%	4			
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	NSG	20,10%	4			
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		3			
Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	Aziendale		4			
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	Aziendale		4			

Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività sulla messa in atto delle azioni previste dalla Delibera 1449/2024	Aziendale		4		Qualità clinica/di processo	50
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017 e Dlgs 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		5			
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		4			
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		3			
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio con collaborazione altri Dip e SdS per le prioprie competenze e linee tecnico prof per le diverse popolazioni	Aziendale		1			
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		4			
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		1			
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.		Aziendale		1			
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	Aziendale		3			
Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		1			
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	4	Tutte	Efficientamento energetico	4

Valutazione da parte del servizio sociale in COT, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	6	Tutte	Variabilità	16
Utilizzo della scheda RSB nei servizi Ser.D., con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	6	Tutte		
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	4	Tutte		
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	5	Tutte	Rischio Clinico	10
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	5	Tutte		

Data

Il Direttore *Dott.ssa Rossella Boldrini*

_____

Dipartimento	**Dipartimento Servizio Sociale**
Direttore Dip	**BOLDRINI ROSSELLA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOC Programmazione e governo dei servizi sociali**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	MeS	54,77%	Qualità clinica/di processo	2
Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	MeS	41,11%	Qualità clinica/di processo	1
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica/di processo	1
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	36,75%	Qualità clinica/di processo	4
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	NSG	20,10%	Qualità clinica/di processo	4
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	3

Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività sulla messa in atto delle azioni previste dalla Delibera 1449/2024	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017 e Dlgs 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica/di processo	3

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio con collaborazione altri Dip e SdS per le prioprie competenze e linee tecnico prof per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	3

Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Consolidamento delle COT e analisi uniformità percorsi	Report	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti il monitoraggio delle azioni di governo sui flussi SIAD	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	3
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	3
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Valutazione da parte del servizio sociale in COT, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Utilizzo della scheda RSB nei servizi Ser.D., con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					29

FIRMATO Non Assegnata

Dipartimento	**Dipartimento Servizio Sociale**
Direttore Dip	**BOLDRINI ROSSELLA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Servizio Sociale Territoriale**
Direttore/Resp.	**SCARPELLI ROSSELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	MeS	54,77%	Qualità clinica/di processo	2
Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	MeS	41,11%	Qualità clinica/di processo	1
Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	MeS	52%	Qualità clinica/di processo	1
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	36,75%	Qualità clinica/di processo	4
Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	NSG	20,10%	Qualità clinica/di processo	4
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	3

Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività sulla messa in atto delle azioni previste dalla Delibera 1449/2024	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017 e Dlgs 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica/di processo	3

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio con collaborazione altri Dip e SdS per le prioprie competenze e linee tecnico prof per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	4
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	3

Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Consolidamento delle COT e analisi uniformità percorsi	Report	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	5
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti il monitoraggio delle azioni di governo sui flussi SIAD	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	3
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	3
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	Aziendale		Integrazione Ospedale Territorio	4
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Valutazione da parte del servizio sociale in COT, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Utilizzo della scheda RSB nei servizi Ser.D., con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					29

FIRMATO SCARPELLI ROSSELLA

Dipartimento	**Dipartimento Servizio Sociale**
Direttore Dip	**BOLDRINI ROSSELLA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**SOS Verifica qualita' delle prestazioni erogate dalle strutture**
Direttore/Resp.	**Non Assegnata**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	36,75%	Qualità clinica/di processo	20
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	40

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Valutazione da parte del servizio sociale in COT, con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Utilizzo della scheda RSB nei servizi Ser.D., con obiettivo della riduzione della variabilità sulla base di un valore atteso definito attraverso la revisione tra pari	Effettuare incontri mensili con le strutture	Aziendale	Nuovo	Variabilità	6
Individuare un indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Un indicatore per struttura che per il 2025 non ha indicatore di variabilità	Aziendale	Nuovo	Variabilità	4
Azioni di miglioramento in seguito ad eventi avversi. N. complessivo di azioni di riduzione del rischio, a seguito di Audit /N. complessivo di azioni di riduzione del rischio (nel biennio 2024-2025 inserite su SiGRC)	Standard: 80%	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Tempistica di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi: GG di latenza fra inserimento pre-analisi su SiGRC e inserimento audit su SiGRC	Standard: 90% entro 60 gg	SIGRC	Nuovo	Rischio clinico	5
Totale					100
N. Obiettivi					9
				FIRMATO	Non Assegnata

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	\
Direttore Area	\
SOC/SOS	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG		Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	NSG		Governo liste di attesa	3
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	NSG		Governo liste di attesa	2
Tempi medi di stipula contratti economici per studi profit farmacologici interventistici e osservazionali (al netto dei tempi dell'azienda farmaceutica)	<15 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Task Force Clinica. Percentuale di utilizzo fondi vincolati ex DGR n. 553/2014 art. 3, 5 e 6 (art. 3 e 6 e All. A punto 3.7)	>=80%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Verifica della sostenibilità economica delle prestazioni strumentali e di laboratorio effettuate nell'ambito degli studi sponsorizzati	Report annuo riassuntivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica/di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica/di processo	1

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica/di processo	1
Progettazione e messa in atto di azioni mirate all'aumento dell'adesione agli screening in accordo con la DGRT 1253 della Regione Toscana	report	aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Predisposizione del piano annuale per nuove tecnologie	Piano annuale	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Sviluppo di un data entry per la gestione informatizzata dei dati necessari per la compilazione del Censimento ISTAT R&S inseriti da parte del settore della sperimentazione clinica	Report con le azioni intraprese	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Supporto alla messa in opera delle grandi tecnologie PNRR	Aggiornamento cronoprogrammi e partecipazione alle riunioni di coordinamento convocate dalla Direzione Aziendale (>90%)	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Definizione del fabbisogno per l'ammodernamento del parco tecnologico (ex DL 34/20)	Predisposizione elenchi attrezzature e valorizzazione in linea con i cronoprogrammi dei lavori	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Analisi di fattibilità sulla valutazione di impatto dell'obsolescenza del parco apparecchiature sull'efficienza produttiva	Predisposizione di documento di indirizzo e analisi	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Programmazione della redazione di una procedura incentrata sul Day Service in medicina	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
revisione della procedura aziendale sulla gestione della sepsi.	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Procedura sui farmaci H a domicilio	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1

Rispetto della tempistica prevista per la verifica dei requisiti e dell'adeguatezza del protocollo attuativo per l'accesso al suicidio medicalmente assistito	100% della tempistica indicata	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Supporto organizzativo e procedurale per l'attuazione aziendale della LR 16/2025	Presenza di una procedura revisionata	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Aggiornare i protocolli della sorveglianza sanitaria, svolta ai sensi dei Decreti Legislativi n. 81/08 e n. 101/20	Almeno 1 evento formativo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Riduzione dei tempi di attesa per gli accertamenti di invalidità civile sulla zona di Prato	Rientro nei 90 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Mantenimento dei tempi di attesa per la Zona della Valdinievole (sede di Monsummano) nonostante il pensionamento dello specialista ambulatoriale assegnato a quella zona dal 1 febbraio 2025.	Mantenimento dei 90 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Aggiornamento delle schede informative risvolte ai pazienti (consensi) conformi alle indicazioni della Legge 219/2017	reportistica di ritorno ai Dipartimenti ed alle DSPO	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Collaborazione alla stesura di allegazione della Procedura Gestione Sinistri Aziendale che definisca i vari step delle attività da svolgere	istruzione operativa revisionata	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Allineamento fra stato autorizzato e situazione reale di erogazione attività sanitaria nei presidi della rete ospedaliera anche alla luce dell'ultima revisione del regolamento	≥ 5 Numero di attestazioni inviate in Regione	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Collaborazione alla stesura dei regolamenti di presidio della rete territoriale	≥ 10 Numero di regolamenti pubblicati sul sito aziendale	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1

Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Collaborazione stesura Relazione Sanitaria prevista da art 24 L40/2005 e smi	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Contribuire predisposizione Piano Integrato Attività e Organizzazione	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Contribuire predisposizione Relazione Bilancio	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Contribuire predisposizione Piano delle Performance	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Sviluppo del piano di budget	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Contribuire Cruscotto dati aziendale	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1

Contribuire implementazione linea operativa per sviluppo azioni di sistema finalizzate al miglioramento dell'efficienza della gestione dei processi sanitari e sociosanitari	Implementazione complessiva piano	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Controllo Cartelle cliniche nelle percentuali definite da normativa	Relazione conclusiva con principali carenze e azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Supportare la revisione delle attività di monitoraggio previste dalle procedure aziendali nell'ambito delle pratiche di IPC	presenza documentata di almeno un'azione aziendale strutturata a supporto della attività di revisione	Aziendale		Qualità clinica/di processo	1
Identificazione principali criticità di codifica SDO e predisposizione Piano Formativo 2026	Presentazione Piano Formativo nel rispetto delle tempistiche aziendali			Qualità clinica/di processo	1
Partecipazione alla pianificazione delle azioni previste dal DM 77, in particolare nella progettualità delle nuove tipologie di presidio territoriale previste: Case di Comunità e Ospedali di Comunità	≥ 10 esame e valutazione sia di progetti esecutivi che di stime di fattibilità delle misure compensative connesse	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	3
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	3
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione tutti gli ospedali di comunità	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	2

Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	2
Ottimizzazione percorso dimissioni complesse	Messa in atto di azioni previste dal miglioramento organizzativo			Integrazione Ospedale/Territorio	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Integrazione Ospedale/Territorio	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Integrazione Ospedale/Territorio	1
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Integrazione Ospedale/Territorio	1
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG		Integrazione Ospedale/Territorio	1
Monitoraggio Adesione PREMs sul ricovero ordinario	Monitoraggio semestrale	Aziendale		Qualità percepita	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Contribuire piano aziendale riduzione variabilità	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Variabilità	10
Ridurre i tempi di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi per rafforzare il supporto alle strutture clinico-assistenziali nella gestione del rischio.	≥ 90% di audit inseriti entro 60 giorni dalla data di inserimento della pre analisi.	Aziendale		Rischio Clinico	3
Collaborazione implementazione di almeno una procedura clinico-organizzativa a elevato impatto aziendale.	Implementazione almeno 1 procedura	Aziendale		Rischio Clinico	4

Valutare l'effettiva applicazione di almeno un PDTA già attivo a livello aziendale	Almeno 1 PDTA valutato	Aziendale		Rischio Clinico	4
Totale					100
N Obiettivi					62

FIRMA GUARDUCCI SILVIA

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Programmazione della redazione di una procedura incentrata sul Day Service in medicina	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
revisione della procedura aziendale sulla gestione della sepsi.	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Procedura sui farmaci H a domicilio	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Rispetto della tempistica prevista per la verifica dei requisiti e dell'adeguatezza del protocollo attuativo per l'accesso al suicidio medicalmente assistito	100% della tempistica indicata	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Supporto organizzativo e procedurale per l'attuazione aziendale della LR 16/2025	Presenza di una procedura revisionata	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Aggiornare i protocolli della sorveglianza sanitaria, svolta ai sensi dei Decreti Legislativi n. 81/08 e n. 101/20	Almeno 1 evento formativo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Riduzione dei tempi di attesa per gli accertamenti di invalidità civile sulla zona di Prato	Rientro nei 90 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Mantenimento dei tempi di attesa per la Zona della Valdinievole (sede di Monsummano) nonostante il pensionamento dello specialista ambulatoriale assegnato a quella zona dal 1 febbraio 2025.	Mantenimento dei 90 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5

Aggiornamento delle schede informative risvolte ai pazienti (consensi) conformi alle indicazioni della Legge 219/2017	reportistica di ritorno ai Dipartimenti ed alle DSPO	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Collaborazione alla stesura di allegazione della Procedura Gestione Sinistri Aziendale che definisca i vari step delle attività da svolgere	istruzione operativa revisionata	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Allineamento fra stato autorizzato e situazione reale di erogazione attività sanitaria nei presidi della rete ospedaliera anche alla luce dell'ultima revisione del regolamento	≥ 5 Numero di attestazioni inviate in Regione	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Collaborazione alla stesura dei regolamenti di presidio della rete territoriale	≥ 10 Numero di regolamenti pubblicati sul sito aziendale	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Supportare la revisione delle attività di monitoraggio previste dalle procedure aziendali nell'ambito delle pratiche di IPC	presenza documentata di almeno un'azione aziendale strutturata a supporto della attività di revisione	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Partecipazione alla pianificazione delle azioni previste dal DM 77, in particolare nella progettualità delle nuove tipologie di presidio territoriale previste: Case di Comunità e Ospedali di Comunità	≥ 10 esame e valutazione sia di progetti esecutivi che di stime di fattibilità delle misure compensative connesse	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Collaborazione implementazione di almeno una procedura clinico-organizzativa a elevato impatto aziendale.	Implementazione almeno 1 procedura	Aziendale		Rischio Clinico	10
Valutare l'effettiva applicazione di almeno un PDTA già attivo a livello aziendale	Almeno 1 PDTA valutato	Aziendale		Rischio Clinico	10

Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA GIANNINI RAFFAELLA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**SOC Gestione della responsabilità sanitaria**
Direttore / Resp.	**GIANNINI RAFFAELLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Procedura sui farmaci H a domicilio	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	24
Aggiornamento delle schede informative risvolte ai pazienti (consensi) conformi alle indicazioni della Legge 219/2017	reportistica di ritorno ai Dipartimenti ed alle DSPO	Aziendale		Qualità clinica/di processo	24
Collaborazione alla stesura di allegazione della Procedura Gestione Sinistri Aziendale che definisca i vari step delle attività da svolgere	istruzione operativa revisionata	Aziendale		Qualità clinica/di processo	24
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Valutare l'effettiva applicazione di almeno un PDTA già attivo a livello aziendale	Almeno 1 PDTA valutato	Aziendale		Rischio Clinico	24
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA GIANNINI RAFFAELLA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**SOC Gestione procedure autorizzative strutture sanitarie aziendali**
Direttore / Resp.	**ZOPPI PAOLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Allineamento fra stato autorizzato e situazione reale di erogazione attività sanitaria nei presidi della rete ospedaliera anche alla luce dell'ultima revisione del regolamento	≥ 5 Numero di attestazioni inviate in Regione	Aziendale		Qualità clinica/di processo	36
Collaborazione alla stesura dei regolamenti di presidio della rete territoriale	≥ 10 Numero di regolamenti pubblicati sul sito aziendale	Aziendale		Qualità clinica/di processo	30
Partecipazione alla pianificazione delle azioni previste dal DM 77, in particolare nella progettualità delle nuove tipologie di presidio territoriale previste: Case di Comunità e Ospedali di Comunità	≥ 10 esame e valutazione sia di progetti esecutivi che di stime di fattibilità delle misure compensative connesse	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	30
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA ZOPPI PAOLA

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**SOC Medicina Legale del Welfare**
Direttore / Resp.	**MARTINUZZI ELISABETTA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione dei tempi di attesa per gli accertamenti di invalidità civile sulla zona di Prato	Rientro nei 90 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	48
Mantenimento dei tempi di attesa per la Zona della Valdinievole (sede di Monsummano) nonostante il pensionamento dello specialista ambulatoriale assegnato a quella zona dal 1 febbraio 2025.	Mantenimento dei 90 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	48
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					3

FIRMA MARTINUZZI ELISABETTA

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**SOC Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore / Resp.	**CARUCCI ELENA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Procedura sui farmaci H a domicilio	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Contribuire piano aziendale riduzione variabilità	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Variabilità	10
Ridurre i tempi di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi per rafforzare il supporto alle strutture clinico-assistenziali nella gestione del rischio.	≥ 90% di audit inseriti entro 60 giorni dalla data di inserimento della pre analisi.	Aziendale		Rischio Clinico	26
Collaborazione implementazione di almeno una procedura clinico-organizzativa a elevato impatto aziendale.	Implementazione almeno 1 procedura	Aziendale		Rischio Clinico	30
Valutare l'effettiva applicazione di almeno un PDTA già attivo a livello aziendale	Almeno 1 PDTA valutato	Aziendale		Rischio Clinico	25
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA CARUCCI ELENA

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**SOS Infezioni correlate all'assistenza**
Direttore / Resp.	**POLI ANNA PATRIZIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Supportare la revisione delle attività di monitoraggio previste dalle procedure aziendali nell'ambito delle pratiche di IPC	presenza documentata di almeno un'azione aziendale strutturata a supporto della attività di revisione	Aziendale		Qualità clinica/di processo	36
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Collaborazione implementazione di almeno una procedura clinico-organizzativa a elevato impatto aziendale.	Implementazione almeno 1 procedura	Aziendale		Rischio Clinico	60
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA POLI ANNA PATRIZIA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**SOS Medicina Legale Empoli, Prato Pistoia**
Direttore / Resp.	**MARTINUZZI ELISABETTA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Riduzione dei tempi di attesa per gli accertamenti di invalidità civile sulla zona di Prato	Rientro nei 90 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	48
Mantenimento dei tempi di attesa per la Zona della Valdinievole (sede di Monsummano) nonostante il pensionamento dello specialista ambulatoriale assegnato a quella zona dal 1 febbraio 2025.	Mantenimento dei 90 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	48
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					100
N Obiettivi					3

FIRMA MARTINUZZI ELISABETTA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**SOS Medicina Legale Firenze**
Direttore / Resp.	**GENZANO DONATO ANTONIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Rispetto della tempistica prevista per la verifica dei requisiti e dell'adeguatezza del protocollo attuativo per l'accesso al suicidio medicalmente assistito	100% della tempistica indicata	Aziendale		Qualità clinica/di processo	48
Supporto organizzativo e procedurale per l'attuazione aziendale della LR 16/2025	Presenza di una procedura revisionata	Aziendale		Qualità clinica/di processo	48
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA ENZANO DONATO ANTON

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**SOS Medicina Preventiva**
Direttore / Resp.	**MANI ALESSANDRO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Aggiornare i protocolli della sorveglianza sanitaria, svolta ai sensi dei Decreti Legislativi n. 81/08 e n. 101/20	Almeno 1 evento formativo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	40
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Collaborazione implementazione di almeno una procedura clinico-organizzativa a elevato impatto aziendale.	Implementazione almeno 1 procedura	Aziendale		Rischio Clinico	56
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA MANI ALESSANDRO

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Qualità e sicurezza delle cure**
Direttore Area	**GIANNINI RAFFAELLA**
SOC/SOS	**SOS Programmazione e monitoraggio documentazione sanitaria**
Direttore / Resp.	**BROGI MARCO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Programmazione della redazione di una procedura incentrata sul Day Service in medicina	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	32
revisione della procedura aziendale sulla gestione della sepsi.	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	32
Procedura sui farmaci H a domicilio	realizzazione di una procedura	Aziendale		Qualità clinica/di processo	32
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA BROGI MARCO

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Programmazione, monitoraggio e valutazione**
Direttore Area	**DI RENZO LUCILLA**
SOC/SOS	**Area Programmazione, monitoraggio e valutazione**
Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi medi di stipula contratti economici per studi profit farmacologici interventistici e osservazionali (al netto dei tempi dell'azienda farmaceutica)	<15 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Task Force Clinica. Percentuale di utilizzo fondi vincolati ex DGR n. 553/2014 art. 3, 5 e 6 (art. 3 e 6 e All. A punto 3.7)	>=80%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Verifica della sostenibilità economica delle prestazioni strumentali e di laboratorio effettuate nell'ambito degli studi sponsorizzati	Report annuo riassuntivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Predisposizione del piano annuale per nuove tecnologie	Piano annuale	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5
Sviluppo di un data entry per la gestione informatizzata dei dati necessari per la compilazione del Censimento ISTAT R&S inseriti da parte del settore della sperimentazione clinica	Report con le azioni intraprese	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6

Supporto alla messa in opera delle grandi tecnologie PNRR	Aggiornamento cronoprogrammi e partecipazione alle riunioni di coordinamento convocate dalla Direzione Aziendale (>90%)	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Definizione del fabbisogno per l'ammodernamento del parco tecnologico (ex DL 34/20)	Predisposizione elenchi attrezzature e valorizzazione in linea con i cronoprogrammi dei lavori	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Analisi di fattibilità sulla valutazione di impatto dell'obsolescenza del parco apparecchiature sull'efficienza produttiva	Predisposizione di documento di indirizzo e analisi	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Collaborazione stesura Relazione Sanitaria prevista da art 24 L40/2005 e smi	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Contribuire predisposizione Piano Integrato Attività e Organizzazione	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Contribuire predisposizione Relazione Bilancio	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Contribuire predisposizione Piano delle Performance	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Sviluppo del piano di budget	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Contribuire Cruscotto dati aziendale	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	6
Monitoraggio Adesione PREMs sul ricovero ordinario	Monitoraggio semestrale	Aziendale		Qualità percepita	6
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Contribuire piano aziendale riduzione variabilità	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Variabilità	#DIV/0!
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA DI RENZO LUCILLA

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Programmazione, monitoraggio e valutazione**
Direttore Area	**DI RENZO LUCILLA**
SOC/SOS	**SOC HTA**
Direttore / Resp.	**DI RENZO LUCILLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Predisposizione del piano annuale per nuove tecnologie	Piano annuale	Aziendale		Qualità clinica/di processo	25
Supporto alla messa in opera delle grandi tecnologie PNRR	Aggiornamento cronoprogrammi e partecipazione alle riunioni di coordinamento convocate dalla Direzione Aziendale (>90%)	Aziendale		Qualità clinica/di processo	25
Definizione del fabbisogno per l'ammodernamento del parco tecnologico (ex DL 34/20)	Predisposizione elenchi attrezzature e valorizzazione in linea con i cronoprogrammi dei lavori	Aziendale		Qualità clinica/di processo	25
Analisi di fattibilità sulla valutazione di impatto dell'obsolescenza del parco apparecchiature sull'efficienza produttiva	Predisposizione di documento di indirizzo e analisi	Aziendale		Qualità clinica/di processo	21
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA DI RENZO LUCILLA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Programmazione, monitoraggio e valutazione**
Direttore Area	**DI RENZO LUCILLA**
SOC/SOS	**SOC Programmazione e monitoraggio**
Direttore / Resp.	**FRANCHI SARA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Collaborazione stesura Relazione Sanitaria prevista da art 24 L40/2005 e smi	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	15
Contribuire predisposizione Piano Integrato Attività e Organizzazione	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Contribuire predisposizione Relazione Bilancio	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Contribuire predisposizione Piano delle Performance	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Sviluppo del piano di budget	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	20
Contribuire Cruscotto dati aziendale	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	11
Monitoraggio Adesione PREMs sul ricovero ordinario	Monitoraggio semestrale	Aziendale		Qualità percepita	10
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Contribuire piano aziendale riduzione variabilità	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Variabilità	10

Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA FRANCHI SARA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Programmazione, monitoraggio e valutazione**
Direttore Area	**DI RENZO LUCILLA**
SOC/SOS	**SOS Etica e cura**
Direttore / Resp.	**RIMOLI FRANCESCO ANTONIO**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Tempi medi di stipula contratti economici per studi profit farmacologici interventistici e osservazionali (al netto dei tempi dell'azienda farmaceutica)	<15 giorni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	25
Task Force Clinica. Percentuale di utilizzo fondi vincolati ex DGR n. 553/2014 art. 3, 5 e 6 (art. 3 e 6 e All. A punto 3.7)	>=80%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	25
Verifica della sostenibilità economica delle prestazioni strumentali e di laboratorio effettuate nell'ambito degli studi sponsorizzati	Report annuo riassuntivo	Aziendale		Qualità clinica/di processo	25
Sviluppo di un data entry per la gestione informatizzata dei dati necessari per la compilazione del Censimento ISTAT R&S inseriti da parte del settore della sperimentazione clinica	Report con le azioni intraprese	Aziendale		Qualità clinica/di processo	21
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA MOLI FRANCESCO ANTON

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Programmazione, monitoraggio e valutazione**
Direttore Area	**DI RENZO LUCILLA**
SOC/SOS	**SOS Valutazione dei servizi sanitari e analisi performance**
Direttore / Resp.	**DI RENZO LUCILLA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Collaborazione stesura Relazione Sanitaria prevista da art 24 L40/2005 e smi	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	15
Contribuire predisposizione Piano Integrato Attività e Organizzazione	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Contribuire predisposizione Relazione Bilancio	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Contribuire predisposizione Piano delle Performance	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Sviluppo del piano di budget	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	20
Contribuire Cruscotto dati aziendale	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	11
Monitoraggio Adesione PREMs sul ricovero ordinario	Monitoraggio semestrale	Aziendale		Qualità percepita	10
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4

Contribuire piano aziendale riduzione variabilità	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Variabilità	10
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA DI RENZO LUCILLA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Percorsi di cura**
Direttore Area	**GUARDUCCI SILVIA**
SOC/SOS	**Area Percorsi di cura**
Direttore / Resp.	\

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG		Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	NSG		Governo liste di attesa	6
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	NSG		Governo liste di attesa	6
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica/di processo	3
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica/di processo	3
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica/di processo	3
Progettazione e messa in atto di azioni mirate all'aumento dell'adesione agli screening in accordo con la DGRT 1253 della Regione Toscana	report	aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Collaborazione stesura Relazione Sanitaria prevista da art 24 L40/2005 e smi	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	3
Contribuire predisposizione Piano Integrato Attività e Organizzazione	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Contribuire predisposizione Relazione Bilancio	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Contribuire predisposizione Piano delle Performance	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2

Contribuire Cruscotto dati aziendale	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Contribuire implementazione linea operativa per sviluppo azioni di sistema finalizzate al miglioramento dell'efficienza della gestione dei processi sanitari e sociosanitari	Implementazione complessiva piano	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Controllo Cartelle cliniche nelle percentuali definite da normativa	Relazione conclusiva con principali carenze e azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	3
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	3
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	3
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione tutti gli ospedali di comunità	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	3
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	3
Ottimizzazione percorso dimissioni complesse	Messa in atto di azioni previste dal miglioramento organizzativo			Integrazione Ospedale/Territorio	3
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Integrazione Ospedale/Territorio	2

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Integrazione Ospedale/Territorio	2
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Integrazione Ospedale/Territorio	2
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG		Integrazione Ospedale/Territorio	2
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	#DIV/0!
Contribuire piano aziendale riduzione variabilità	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Variabilità	10
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA GUARDUCCI SILVIA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Percorsi di cura**
Direttore Area	**GUARDUCCI SILVIA**
SOC/SOS	**SOC Governo e appropriatezza risposte sanitarie e liste di attesa**
Direttore / Resp.	**BASSETTI ANDREA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	NSG		Governo liste di attesa	20
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	NSG		Governo liste di attesa	20
Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	NSG		Governo liste di attesa	20
Collaborazione stesura Relazione Sanitaria prevista da art 24 L40/2005 e smi	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Contribuire predisposizione Piano Integrato Attività e Organizzazione	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	7
Contribuire predisposizione Relazione Bilancio	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	7
Contribuire predisposizione Piano delle Performance	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	7
Contribuire Cruscotto dati aziendale	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	5

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA BASSETTI ANDREA

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Percorsi di cura**
Direttore Area	**GUARDUCCI SILVIA**
SOC/SOS	**SOC Modelli e standard dell'assistenza territoriale**
Direttore / Resp.	**MECHI MARIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	16
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	16
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	16
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione tutti gli ospedali di comunità	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	16
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	16
Ottimizzazione percorso dimissioni complesse	Messa in atto di azioni previste dal miglioramento organizzativo			Integrazione Ospedale/Territorio	16

Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA MECHI MARIA

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Percorsi di cura**
Direttore Area	**GUARDUCCI SILVIA**
SOC/SOS	**SOC Percorsi di Continuita' Assistenziale**
Direttore / Resp.	**MELANI SARA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	10
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	10
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	10
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione tutti gli ospedali di comunità	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	10
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Integrazione Ospedale/Territorio	10
Ottimizzazione percorso dimissioni complesse	Messa in atto di azioni previste dal miglioramento organizzativo			Integrazione Ospedale/Territorio	10
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	NSG	6,9	Integrazione Ospedale/Territorio	10

Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	NSG	4,19	Integrazione Ospedale/Territorio	10
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	NSG	4,48	Integrazione Ospedale/Territorio	8
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	NSG		Integrazione Ospedale/Territorio	8
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA MELANI SARA

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Percorsi di cura**
Direttore Area	**GUARDUCCI SILVIA**
SOC/SOS	**SOC Screening**
Direttore / Resp.	**TRAMALLONI DANIELA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56,31%	Qualità clinica/di processo	20
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	63,43%	Qualità clinica/di processo	20
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	NSG	40,51%	Qualità clinica/di processo	31
Progettazione e messa in atto di azioni mirate all'aumento dell'adesione agli screening in accordo con la DGRT 1253 della Regione Toscana	report	aziendale		Qualità clinica/di processo	25
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA TRAMALLONI DANIELA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Percorsi di cura**
Direttore Area	**GUARDUCCI SILVIA**
SOC/SOS	**SOC Semplificazione e modelli organizzativi dei percorsi di cura**
Direttore / Resp.	**GUARDUCCI SILVIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Collaborazione stesura Relazione Sanitaria prevista da art 24 L40/2005 e smi	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Contribuire predisposizione Piano Integrato Attività e Organizzazione	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Contribuire predisposizione Relazione Bilancio	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Contribuire predisposizione Piano delle Performance	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Contribuire implementazione linea operativa per sviluppo azioni di sistema finalizzate al miglioramento dell'efficienza della gestione dei processi sanitari e sociosanitari	Implementazione complessiva piano	Aziendale		Qualità clinica/di processo	36
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Contribuire piano aziendale riduzione variabilità	Relazione entro i tempi previsti	Aziendale		Variabilità	20
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA GUARDUCCI SILVIA

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Percorsi di cura**
Direttore Area	**GUARDUCCI SILVIA**
SOC/SOS	**SOS Verifica e monitoraggio appropriatezza percorsi di cura**
Direttore / Resp.	**ZACCARDI FELICIA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Controllo Cartelle cliniche nelle percentuali definite da normativa	Relazione conclusiva con principali carenze e azioni di miglioramento	Aziendale		Qualità clinica/di processo	40
Identificazione principali criticità di codifica SDO e predisposizione Piano Formativo 2026	Presentazione Piano Formativo nel rispetto delle tempistiche aziendali			Qualità clinica/di processo	56
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA ZACCARDI FELICIA

_____

Dipartimento	**Staff della Direzione Sanitaria**
Direttore Dip.	**GUARDUCCI SILVIA**
Area	**Area Percorsi di cura**
Direttore Area	**GUARDUCCI SILVIA**
SOC/SOS	**UFC Programmazione attività consultoriali**
Direttore / Resp.	**MAGGIALI ARIANNA**

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2024	Aziendale		Qualità clinica/di processo	16

Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica/di processo	10
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	15
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	Aziendale		Qualità clinica/di processo	15
Implementazione di strategie ed azioni allineate per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema secondo quanto definito nella "LG PER LA REDAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO PER L'EFFICENTAMENTO ENERGETICO DI PRESIDIO"	Redazione e applicazione del piano attuativo di Presidio.	Aziendale	Nuovo	Efficientamento energetico	4
Totale					#RIF!
N Obiettivi					1

FIRMA MAGGIALI ARIANNA

_____

Dipartimento	\
Direttore Dip.	\
Area	\
Direttore Area	\
Zona	**Zona Empolese Valdrarno Inferiore**
Direttore	FRANCO DONI

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97%	Qualità clinica di processo	1
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	0,9663	Qualità clinica di processo	1
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale	72%	Qualità clinica di processo	1
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per	>60%	NSG	63%	Qualità clinica di processo	2

Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato,	>50%	NSG	41%	Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice	>50%	NSG	56%	Qualità clinica di processo	2
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	2
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita	Report di attività, con volumi			Qualità clinica di processo	2
SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	1
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	1

Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della	NSG	98%	Qualità clinica di processo	1
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi ordinari comunicati ad inizio anno da RT sul territorio ASL TC, ad esclusione di quanto in fase di previsione ai sensi della Delibera 538_2024 - Progetto potenziamento			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	2
Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali e infortuni sul lavoro	Produzione di un report Report Mal Prof e un report di epidemiologia occupazionale (infortuni sul lavoro), con monitoraggio volumi e			Qualità clinica di processo	2

PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL			Qualità clinica di processo	2
Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute			Qualità clinica di processo	2
Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i..	Realizzazione di almeno 40 verifiche			Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM77. Attuazione delle indiciazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale			Qualità clinica di processo	2
Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Qualità clinica di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, formazione, sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report			Qualità clinica di processo	2
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Piena Attivazione del servizio	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
NSG Non autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D 33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente	22,83		Qualità clinica di processo	2
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report			Qualità clinica di processo	2
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi Fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali, Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle eprsone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/17 e DLGS 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili. Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta	Report che documenti la programmazione			Qualità clinica di processo	2

Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA a bassa disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA ad alta disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	2
Revisione proocedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazionei relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Revisione Procedura			Qualità clinica di processo	2
Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Report			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per	>60%	NSG	0,6343	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente	NSG	22,83	Qualità clinica di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica di processo	1

Individuare indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Individuazione Indicatore			Variabilità	5
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025			Farmaci Dispositivi	2
Totale					100
N. Obiettivi					53
	FIRMA				FRANCO DONI

Dipartimento	\
Direttore Dip.	\
Area	\
Direttore Area	\
Zona	**Zona Fiorentina Nord-Ovest**
Direttore	ANDREA FRANCALANCI

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97%	Qualità clinica di processo	1
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	0,9663	Qualità clinica di processo	1
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale	72%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	41%	Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56%	Qualità clinica di processo	2
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	2
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			Qualità clinica di processo	2

SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	1
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98%	Qualità clinica di processo	1
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi ordinari comunicati ad inizio anno da RT sul territorio ASL TC, ad esclusione di quanto in fase di previsione ai sensi della Delibera 538_2024 - Progetto potenziamento vigilanza cantieri			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1

Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	2
Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali e infortuni sul lavoro	Produzione di un report Report Mal Prof e un report di epidemiologia occupazionale (infortuni sul lavoro), con monitoraggio volumi e casistiche			Qualità clinica di processo	2
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	2
Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute			Qualità clinica di processo	2
Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i..	Realizzazione di almeno 40 verifiche			Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM77. Attuazione delle indiciazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale			Qualità clinica di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Qualità clinica di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, formazione, sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report			Qualità clinica di processo	2
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Piena Attivazione del servizio	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

NSG Non autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D 33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83		Qualità clinica di processo	2
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report			Qualità clinica di processo	2
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi Fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali, Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle eprsone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/17 e DLGS 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili. Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta	Report che documenti la programmazione			Qualità clinica di processo	2
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA a bassa disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA ad alta disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	2
Revisione proocedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazionei relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Revisione Procedura			Qualità clinica di processo	2
Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Report			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	0,6343	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	22,83	Qualità clinica di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Individuare indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Individuazione Indicatore			Variabilità	5
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025			Farmaci Dispositivi	2
Totale					100

N. Obiettivi					53

FIRMA

ANDREA FRANCALANCI

Dipartimento	\
Direttore Dip.	\
Area	\
Direttore Area	\
Zona	**Zona Fiorentina Sud Est**
Direttore	Simone Naldoni

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97%	Qualità clinica di processo	1
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	0,9663	Qualità clinica di processo	1
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale	72%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	41%	Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56%	Qualità clinica di processo	2
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	2
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			Qualità clinica di processo	2

SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	1
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98%	Qualità clinica di processo	1
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi ordinari comunicati ad inizio anno da RT sul territorio ASL TC, ad esclusione di quanto in fase di previsione ai sensi della Delibera 538_2024 - Progetto potenziamento vigilanza cantieri			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1

Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	2
Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali e infortuni sul lavoro	Produzione di un report Report Mal Prof e un report di epidemiologia occupazionale (infortuni sul lavoro), con monitoraggio volumi e casistiche			Qualità clinica di processo	2
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	2
Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute			Qualità clinica di processo	2
Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i..	Realizzazione di almeno 40 verifiche			Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM77. Attuazione delle indiciazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale			Qualità clinica di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Qualità clinica di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, formazione, sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report			Qualità clinica di processo	2
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Piena Attivazione del servizio	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

NSG Non autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D 33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83		Qualità clinica di processo	2
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report			Qualità clinica di processo	2
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi Fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali, Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle eprsone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/17 e DLGS 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili. Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta	Report che documenti la programmazione			Qualità clinica di processo	2
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA a bassa disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA ad alta disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	2
Revisione proocedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazionei relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Revisione Procedura			Qualità clinica di processo	2
Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Report			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	0,6343	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	22,83	Qualità clinica di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Individuare indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Individuazione Indicatore			Variabilità	5
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025			Farmaci Dispositivi	2
Totale					100

N. Obiettivi					53

FIRMA

Simone Naldoni

_____

Dipartimento	\
Direttore Dip.	\
Area	\
Direttore Area	\
Zona	**Zona Mugello**
Direttore	Marco Brintazzoli

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97%	Qualità clinica di processo	1
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	0,9663	Qualità clinica di processo	1
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale	72%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	41%	Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56%	Qualità clinica di processo	2
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	2
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			Qualità clinica di processo	2

SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	1
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98%	Qualità clinica di processo	1
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi ordinari comunicati ad inizio anno da RT sul territorio ASL TC, ad esclusione di quanto in fase di previsione ai sensi della Delibera 538_2024 - Progetto potenziamento vigilanza cantieri			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1

Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	2
Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali e infortuni sul lavoro	Produzione di un report Report Mal Prof e un report di epidemiologia occupazionale (infortuni sul lavoro), con monitoraggio volumi e casistiche			Qualità clinica di processo	2
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	2
Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute			Qualità clinica di processo	2
Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i..	Realizzazione di almeno 40 verifiche			Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM77. Attuazione delle indiciazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale			Qualità clinica di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Qualità clinica di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, formazione, sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report			Qualità clinica di processo	2
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Piena Attivazione del servizio	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

NSG Non autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D 33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83		Qualità clinica di processo	2
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report			Qualità clinica di processo	2
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi Fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali, Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle eprsone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/17 e DLGS 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili. Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta	Report che documenti la programmazione			Qualità clinica di processo	2
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA a bassa disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA ad alta disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	2
Revisione proocedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazionei relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Revisione Procedura			Qualità clinica di processo	2
Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Report			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	0,6343	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	22,83	Qualità clinica di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Individuare indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Individuazione Indicatore			Variabilità	5
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025			Farmaci Dispositivi	2
Totale					100

N. Obiettivi					53

FIRMA

Marco Brintazzoli

_____

Dipartimento	\
Direttore Dip.	\
Area	\
Direttore Area	\
Zona	**Zona Pistoiese**
Direttore	Silvia Mantero

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97%	Qualità clinica di processo	1
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	0,9663	Qualità clinica di processo	1
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale	72%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	41%	Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56%	Qualità clinica di processo	2
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	2
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			Qualità clinica di processo	2

SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	1
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98%	Qualità clinica di processo	1
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi ordinari comunicati ad inizio anno da RT sul territorio ASL TC, ad esclusione di quanto in fase di previsione ai sensi della Delibera 538_2024 - Progetto potenziamento vigilanza cantieri			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1

Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	2
Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali e infortuni sul lavoro	Produzione di un report Report Mal Prof e un report di epidemiologia occupazionale (infortuni sul lavoro), con monitoraggio volumi e casistiche			Qualità clinica di processo	2
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	2
Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute			Qualità clinica di processo	2
Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i..	Realizzazione di almeno 40 verifiche			Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM77. Attuazione delle indiciazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale			Qualità clinica di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Qualità clinica di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, formazione, sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report			Qualità clinica di processo	2
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Piena Attivazione del servizio	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

NSG Non autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D 33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83		Qualità clinica di processo	2
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report			Qualità clinica di processo	2
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi Fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali, Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle eprsone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/17 e DLGS 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili. Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta	Report che documenti la programmazione			Qualità clinica di processo	2
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA a bassa disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA ad alta disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	2
Revisione proocedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazionei relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Revisione Procedura			Qualità clinica di processo	2
Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Report			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	0,6343	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	22,83	Qualità clinica di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Individuare indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Individuazione Indicatore			Variabilità	5
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025			Farmaci Dispositivi	2
Totale					100

N. Obiettivi					53

FIRMA

Silvia Mantero

_____

Dipartimento	\
Direttore Dip.	\
Area	\
Direttore Area	\
Zona	**Zona Pratese**
Direttore	Lorena Paganelli

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97%	Qualità clinica di processo	1
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	0,9663	Qualità clinica di processo	1
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale	72%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	41%	Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56%	Qualità clinica di processo	2
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	2
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			Qualità clinica di processo	2

SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	1
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98%	Qualità clinica di processo	1
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi ordinari comunicati ad inizio anno da RT sul territorio ASL TC, ad esclusione di quanto in fase di previsione ai sensi della Delibera 538_2024 - Progetto potenziamento vigilanza cantieri			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1

Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	2
Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali e infortuni sul lavoro	Produzione di un report Report Mal Prof e un report di epidemiologia occupazionale (infortuni sul lavoro), con monitoraggio volumi e casistiche			Qualità clinica di processo	2
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	2
Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute			Qualità clinica di processo	2
Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i..	Realizzazione di almeno 40 verifiche			Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM77. Attuazione delle indiciazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale			Qualità clinica di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Qualità clinica di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, formazione, sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report			Qualità clinica di processo	2
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Piena Attivazione del servizio	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

NSG Non autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D 33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83		Qualità clinica di processo	2
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report			Qualità clinica di processo	2
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi Fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali, Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle eprsone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/17 e DLGS 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili. Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta	Report che documenti la programmazione			Qualità clinica di processo	2
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA a bassa disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA ad alta disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	2
Revisione proocedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazionei relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Revisione Procedura			Qualità clinica di processo	2
Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Report			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	0,6343	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	22,83	Qualità clinica di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Individuare indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Individuazione Indicatore			Variabilità	5
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025			Farmaci Dispositivi	2
Totale					100

N. Obiettivi					53

FIRMA

Lorena Paganelli

_____

Dipartimento	\
Direttore Dip.	\
Area	\
Direttore Area	\
Zona	**Zona Val di Nievole**
Direttore	Stefano Lomi

Obiettivo	**Target**	**Fonte**	**Valore USL 2024**	**Area**	**Peso**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	NSG	97%	Qualità clinica di processo	1
IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2025			Qualità clinica di processo	1
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	NSG	0,9663	Qualità clinica di processo	1
IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	Aziendale	72%	Qualità clinica di processo	1

Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	>60%	NSG	63%	Qualità clinica di processo	2
Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	>50%	NSG	41%	Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	NSG	56%	Qualità clinica di processo	2
Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.			Qualità clinica di processo	2
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi			Qualità clinica di processo	2

SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)			Qualità clinica di processo	1
SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	100% del numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	2
Copertura attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	>100% (Effettuazione del 100% dei controlli effettuati sulla base dell'assegnazione della classe di rischio)	NSG	98%	Qualità clinica di processo	1
PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi ordinari comunicati ad inizio anno da RT sul territorio ASL TC, ad esclusione di quanto in fase di previsione ai sensi della Delibera 538_2024 - Progetto potenziamento vigilanza cantieri			Qualità clinica di processo	1
Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1

Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi raggiunti come da modello dipartimentale			Qualità clinica di processo	1
PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2025			Qualità clinica di processo	2
Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali e infortuni sul lavoro	Produzione di un report Report Mal Prof e un report di epidemiologia occupazionale (infortuni sul lavoro), con monitoraggio volumi e casistiche			Qualità clinica di processo	2
PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC			Qualità clinica di processo	2
Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute			Qualità clinica di processo	2
Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i..	Realizzazione di almeno 40 verifiche			Qualità clinica di processo	2
Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM77. Attuazione delle indiciazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale			Qualità clinica di processo	2

Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile			Qualità clinica di processo	2
Consolidamento e monitoraggio progetto Infermiere di Famiglia e Comunità	Report	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, formazione, sensibilizzazione	Report di attività	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e analisi uniformità percorsi.	Report			Qualità clinica di processo	2
Collegamento COT: attivazione rete 116117 COT	Piena Attivazione del servizio	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

NSG Non autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D 33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	22,83		Qualità clinica di processo	2
Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report			Qualità clinica di processo	2
Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi Fabbisogno, riqualificazione moduli assistenziali, Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle eprsone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/17 e DLGS 62/24, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività			Qualità clinica di processo	2
Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili. Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta	Report che documenti la programmazione			Qualità clinica di processo	2
Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	Aziendale		Qualità clinica di processo	2

Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	Aziendale		Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA a bassa disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>1,8	MeS	1,7	Qualità clinica di processo	2
Corsi AFA ad alta disabilità per 1000 residenti =>65 anni	>2,7	MeS	1,8	Qualità clinica di processo	2
Revisione proocedura PA.DF.03 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci e contestazionei relative al mancato rispetto delle norme sulla prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati	Revisione Procedura			Qualità clinica di processo	2
Partecipazione alla stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAS Cure palliative e sua attuazione	Report			Qualità clinica di processo	2
Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	NSG	0,6343	Qualità clinica di processo	2
NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	NSG	22,83	Qualità clinica di processo	2
Consolidamento del modello AIUTI	1) Report consolidamento e 2) progettazione Servizio h24	Aziendale		Qualità clinica di processo	1
Individuare indicatore che mostri caratteristiche variabilità su cui lavorare per il 2026	Individuazione Indicatore			Variabilità	5
Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti nelle RSA	Rispetto dell' Accordo attuativo della Medicina Generale anno 2025			Farmaci Dispositivi	2
Totale					100

N. Obiettivi					53

FIRMA

Stefano Lomi

_____