

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	Semestre
Staff Direzione Generale	Morena CANCELLIERE S.S. Medico Competente	Organizzazione e gestione della sorveglianza sanitaria degli studenti dei Corsi di Laurea sanitari.	Emissione dei giudizi di idoneità per i tirocini pratici entro tempi utili allo svolgimento degli stessi.	100%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Revisione di almeno 3 procedure aziendali di competenza della Struttura.	Pubblicazione sull'intranet aziendale.	100%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Registro esposizione agenti cancerogeni e mutageni.	Revisione ed aggiornamento del Registro esposizione agenti cancerogeni e mutageni.	Si/No	20	Area Organizzativa	
		Aggiornamento/formazione aziendale in argomento d'interesse specifico.	Organizzazione di almeno 1 corso d'aggiornamento/formazione aziendale.	Si/No	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Armonizzazione dell'applicativo Canopo per l'aggiornamento del protocollo sanitario dei lavoratori radioesposti.	Redazione report finale.	Si/No	20	Area Organizzativa	
Staff Direzione Generale	Marco BO S.S. Risk Management	Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	Almeno 4 verbali di incontro/anno	4/anno	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Contribuire alla riduzione almeno dell' 1% della degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019,2020, 2021, 2022, 2023)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h).	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	20	Area Organizzativa	
		Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica	Almeno 4 verbali di incontro/anno	4/anno	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Monitoraggio compilazione checklist per la sicurezza in sala operatoria	Elaborazione report di analisi stratificata per struttura organizzativa	Presenza report e rilevazione check list	40	Area qualità clinica ed assistenziale	

Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI S.S. Qualità	Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.	Almeno 4 verbali di incontro/anno	4 verbali/anno	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Contribuire all'incremento > 10% rispetto all'anno 2023 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo).	Monitoraggio mensile, audit strutture coinvolte e report finale in collaborazione con CdG	/	30	Area qualità clinica ed assistenziale	
			Monitoraggio degli indicatori previsti dal Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali. Report finale DMPO.	/	30	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Contribuire al miglioramento nella gestione e misurazione del boarding, con tempo medio di permanenza (boarding) in PS ≤ 6 h (nel rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica)	Rilevazione su boarding e audit clinico assistenziale e organizzativo almeno mensile tra le unità operative coinvolte ai fini della riduzione del boarding, in collaborazione con MECAU, in relazione al piano di gestione del sovraffollamento	/	30	Area qualità clinica ed assistenziale	
Staff Direzione Generale	Emanuele D. RUFFINO S.S. Controllo di Gestione	Misurazione dell'efficienza del processo produttivo attraverso l'analisi comparata dei costi e dei ricavi riconducibili ad una specifica unità produttiva, data dal rapporto tra output (produzione attribuita) e input (fattori produttivi impiegati)	1) report trimestrali su andamento produttività 100% delle strutture 2) report finale al 31.12.2024 (riferito ai dati 01/01/24 - 30/09/24)	/	35	Area Gestione Spesa	
		Pubblicazione report economico sperimentale dei volumi di attività (produzione monitorata) per struttura sulla Intranet Aziendale	Evidenza pubblicazione entro il bimestre successivo al trimestre di riferimento	/	15	Area Gestione Spesa	
		1) Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativo a completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24 2) Redazione scheda di budget per ogni struttura, che contenga: a) produzione dettagliata, b) costi sanitari e non sanitari (con particolare attenzione ai farmaci ed ai dispositivi sanitari), c) indicatori di Barber, d) peso della produzione, e) indicatore sul valore della produzione in relazione ai costi, f) indicatore sul valore della produzione in relazione al personale 3) Implementazione su ABACO dei flussi "in uscita" dell'attività con flusso "C" e "SDO" 4) Implementazione di un sistema di monitoraggio periodico dell'andamento della produzione (anche con dati dei flussi in "uscita") e dei costi di ogni struttura. Il sistema può essere complementare o inserito all'interno della scheda di budget.	1) Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2024 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII 2) Presenza di una scheda di budget mensile sia informatica che cartacea da consegnare alla direzione Strategica almeno per ogni mese 3) Presenza su "ABACO" dei flussi in "uscita" aggiornato almeno ogni 30 giorni 4) Presenza di un sistema di monitoraggio con i dati richiesti con periodicità mensile	1-2-3-4) Dicotomico:SI/NO	1)12,5 2)12,5 3)12,5 4)12,5	Area Organizzativa	

Staff Direzione Generale	Federico SPOLETTI Servizio Prevenzione e Protezione	Definizione cronoprogramma attivazione DVR per struttura e non per rischio.	Aggiornamento documentale DVR entro 31/12/2024. Presentazione proposta di misure di intervento a fronte di situazioni critiche.	Evidenza documentale	50	Area Organizzativa	
		Valutazione Stress Lavoro Correlato (SLC)	Conclusione valutazione SLC di tutti i gruppi omogenei. Proposta di misure di intervento a fronte di situazioni critiche.	Evidenza documentale	40	Area Organizzativa	
		Attuare misure in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica.	Evidenza documentale	10	Area Organizzativa	
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Concorrere al mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso), con contenimento dei costi.	Miglior valore tra anni 2019 e 2023/ Costi diretti ≤ 2023 Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG. Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento	/	25	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	25	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) Stesura PDTA B) Incontri associazione malati C) Report di verifica attività	A) Pubblicazione su intranet B) Almeno 6 incontri l'anno C) 6 report/anno, in collaborazione con CdG	A) 5 B)10 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Contribuire al raggiungimento dello standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	25	Area Organizzativa	
		Attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e di contrasto all'antibiotico resistenza in accordo con le attività previste dal PNCAR (indicatori 4-6-7 Regione Piemonte)	A) adesione al sistema di sorveglianza speciale enterobatteri resistenti ai carbapenemici B) adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert C) partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	A) evidenza produzione report quadrimestrale su infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemici B) evidenza di adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert, con report annuale C) evidenza di partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico con verifica di almeno 6 mesi/anno interventi di chirurgia protesi anca e vescica.	A) 5 B)10 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale	

Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE S.S.UPRI	Pulizia lista d'attesa chirurgica.	Indicatori di monitoraggio previsti dal regolamento aziendale Gestione Liste d'Attesa	/	25	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Contribuire al raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2024 ≥ 2019 / Fatturato 2024≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	25	Area Organizzativa	
		Adesione, da parte delle Strutture Sanitarie, al programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	Monitoraggio obiettivo assegnato alle strutture e report finale	/	25	Area Organizzativa	
		PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. U.P.R.I.					
		Monitoraggio corretta applicazione delle precauzioni aggiuntive nei pazienti colonizzati/infetti con germi MDR (Multi Drug Resistent)	Realizzazione almeno 50 audit nelle strutture di degenza a seguito di alert dei microrganismi multiresistenti.Produzione verbali su richiesta dell'Oiv	/	50	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Monitoraggio applicazione delle procedure aziendali sulla prevenzione del rischio infettivo	Realizzazione almeno n. 1 audit sull'applicazione delle procedure nel 100% strutture sanitarie	/	50	Area qualità clinica ed assistenziale	
Line Direzione Sanitaria	Enrica DEL PERO Funzione Servizio Sociale	Attivazione dei percorsi di continuità ospedale - territorio, in collaborazione con il NOCC	Percorsi attivati/percorsi richiesti ≥ 95%	/	60	Area Organizzativa	
		Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel periodo 2019-2020-2021-2022-2023 relativamente alla C41:C45Distribuzione Diretta di tipologia 03, con relativo monitoraggio ed almeno 2 audit inerenti	/	40	Area Gestione Spesa	
		Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel periodo 2019-2020-2021-2022-2023 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03, con relativo monitoraggio ed almeno 2 audit inerenti	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2024	Spesa indotta nel 2024 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel periodo 2019-2020-2021-2022-2023 e la spesa indotta nel 2023; almeno 2 audit inerenti.	30	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023

Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	Verifica trimestrale coerenza tra costi aziendali rilevati da Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) tenendo conto delle eventuali note di credito.	Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO)	100% con scostamento massimo ammissibile pari al ± 2 % sul valore annuale e ± 5 % sui valori trimestrali	30	Area Gestione Spesa	
		Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024	Valore 2024 $\leq$ 2023	20	Area Gestione Spesa	
		Audit risparmio spesa farmaci.	Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altospendenti	Almeno 3 audit/anno	20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura	Numero di episodi di STEMI (sul totale) in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti.	$\geq 60\%$	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 $\leq$ Numero prestazioni prenotate CUP	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% vs anno 2023	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti $\leq$ 2023	A)30 B)20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 $\leq$ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023

Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all' anno 2023	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	A) Stesura PDTA B) Appropriately prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)5 B)5 C)5 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	Tempi di degenza .	Rispetto dei tempi di degenza massimi previsti dalla normativa.	Giornate di degenza massima ≤ valori soglia previsti dalla norma	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024	Valore 2024≤2023	10	Area Gestione Spesa	
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all' anno 2023	25	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Marisa PAUTASSO S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	30	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Studio preliminare per l'organizzazione della gestione CORELAB settore chimica clinica secondo metodologia LEAN per il contenimento dei costi e l'ottimizzazione delle risorse.	Produzione di uno studio di fattibilità ed ipotesi organizzativa, con particolare attenzione a: spesa/personale/TAT	Valori 2024≤2023	20	Area Organizzativa	
		Incremento performances	Aumento attività di laboratorio erogata rispetto a 2023	Valorizzazione +5% rispetto al 2023	50	Area Gestione Spesa	

Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024	Valore 2024≤2023	20	Area Gestione Spesa	
		Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica.	A) Stesura PDTA B) Appropriatezza prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)5 B)5 C)5 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA S.C.D.U. Psichiatria	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all'anno 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica ≤2023	30	Area Gestione Spesa	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +10% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023

Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria/Servizio Fisiopatologia Respiratoria e Centro del Sonno	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati mediante efficientamento dell'utilizzo delle agende.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	30	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +50% rispetto all' anno 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances (si applicano anche a Servizio Fisiopatologia Respiratoria e Centro del Sonno).	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	A) Stesura PDTA B) Appropriatezza prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)5 B)5 C)5 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica ≤2023	20	Area Gestione Spesa	
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all'anno 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +25% rispetto al 2023; D.H: +30% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)40 B)20	Area Gestione Spesa	

Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Franca NAPOLI S.S. Servizio Trasfusionale	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) Stesura PDTA B) Appropriately prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)5 B)5 C)5 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza trasfusionale: verifiche audit della procedura per il corretto utilizzo di sangue e derivati.	A) organizzazione di corso FAD annuale sulla sicurezza trasfusionale B) raccolta delle non conformità C) audit presso i reparti coinvolti nelle non-conformità	A) Si/No B)Si/No C) Si/No	A)5 B)5 C)5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Promozione e partecipazione al progetto:"Estensione Patient Blood Management (PBM)a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Numero di pazienti candidabili valutati anno 2024 per avvio a percorso PBM ≥ 2% del numero di interventi in elezione anno 2023	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +20% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	25	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +50% anno 2023	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina	10	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	30	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco VOLANTE S.C.D.U. Anatomia Patologica	Recupero prestazioni screening oncologici colo-rettale e cervico-vaginale: copertura da esami, in stretta collaborazione con le strutture coinvolte	COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI COPERTURA ESAMI: min. 35%	25	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento performances	Aumento valorizzazione economica	+3% rispetto al 2023	35	Area Gestione Spesa	
		Incremento performances	Contenimento spesa	Costi diretti ≤2023	40	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	25	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Collaborazione alla realizzazione del nuovo centro trapianti e relative procedure.	Evidenza documentale.	Sì/No	10	Area Organizzativa	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.C.D.U. Oncologia Medica	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica < 2023	30	Area Gestione Spesa	
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023

		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali. (al netto del fast track)	100%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Reengineering per livelli di complessità.	Progettazione e presentazione piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.	A) Implementazione progetto entro 30/4 B) Applicazione e monitoraggio progetto dal 1 /5	A 10 B 10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Diminuzione proporzione ricoveri da P.S.	Riduzione dei ricoveri interni provenienti da Pronto Soccorso	Valore 2024<2023	30	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	30	Area qualità clinica ed assistenziale	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica	Incremento prestazioni erogate in fascia oraria serale.	Sviluppo di un progetto organizzativo mirato all'incremento dell'attività erogata in fascia oraria serale	Incremento ≥10% prestazioni in fascia oraria serale	20	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Audit di appropriatezza prescrittiva esami/accertamenti radiodiagnostici.	Organizzazione audit/focus group dedicati al miglioramento dell'appropriatezza delle richieste.	Organizzazione di almeno 4 audit/focus group nel 2024	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A)AMB: +10% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤ 2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023

Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Simona ALLIS S.S. Radioterapia	Piano d'azione nuovo acceleratore lineare.	Stesura di un piano d'azione globale volto ad ottimizzare la produttività della nuova apparecchiatura nei tempi più ristretti possibili.	Si/No	20	Area Organizzativa	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +30% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤ 2023	A)40 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Tiziana ANGUSTI S.S. Medicina Nucleare	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Piano d'azione nuova TC-GammaCamera.	Stesura di un piano d'azione globale volto ad ottimizzare la produttività della nuova apparecchiatura nei tempi più ristretti possibili.	Si/No	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) 60.000 euro/mese attività B) Costi diretti ≤2019	A)50 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Recupero prestazioni screening oncologico colo-rettale: copertura da inviti e copertura da esami	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI COPERTURA INVITI: min. 97%; COPERTURA ESAMI: min. 35%	A)10 B)10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +20% rispetto al 2023; D.H: +20% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)40 B)20	Area Gestione Spesa	

Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Raggiungimento soglia 400 visite erogate in modalità telemedicina/2024	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Progettazione ed attuazione di un piano di collaborazione e sinergia con Servizio diabetologia Asl To3.	Sviluppo procedure condivise per la presa in carico di pazienti Asl TO3	Evidenza procedure adottate	10		
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +20% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) Stesura PDTA B) Appropriately prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica rispetto 2023 C) Almeno 6 incontri l'anno D) 6 report/anno, in collaborazione con CdG	A)10 B)5 C)10 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +50% di visite erogate in modalità telemedicina rispetto all' anno 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) D.H.: incremento attività rispetto al 2023; AMB : +10% B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica < 2023	30	Area Gestione Spesa	
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina	10	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico	Completamento progetto FSE entro 31/12/2024	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.	A) Stesura PDTA B) Appropriately prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 2 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)10 B)5 C)10 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) D.H.: incremento attività rispetto al 2023; AMB: +25% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia	Completamento progetto FSE entro 31/12/2024	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Raggiungimento soglia 150 prestazioni erogate in modalità Telemedicina/anno	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) D.H.: +5% rispetto al 2023; AMB: +5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)40 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco Maria TINIVELLA S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	Completamento progetto FSE entro 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Raggiungimento soglia 600 prestazioni in Telemedicina/anno	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Progetto "DIETOLOGIA" e Progetto "Riduzione costi derrate/alimenti".	Sviluppo di progetti mirati alla razionalizzazione	Contenimento spesa di almeno 100.000 euro su base annua rispetto al 2023	20	Area Gestione Spesa	

		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica ≤2023	20	Area Gestione Spesa	
		Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	30	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Controllo tempi di riammissione pazienti Terapia Intensiva	Tasso di pazienti dimessi dal reparto e nuovamente riammessi entro 72h in Terapia Intensiva San Luigi o T.I. di altro nosocomio.	≤1,5% totale pazienti/anno	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) D.H.: +5% rispetto al 2023; AMB:+5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)15 B)15	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Predisposizione/programmazione sale CAC	3 sedute operatorie di CAC	3 sedute alla settimana	15	Area Organizzativa	
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni ambulatoriali	Riduzione tempi di attesa medi area oftalmologica.	Valori 2024<2023	25	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: + 10% rispetto al 2023 ; AMB: + 50% rispetto al 2023; D.H: + 30% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO S.C.D.U. Chirurgia Generale	Case MIX.	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Peso medio DRG chirurgico > 2019	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	≥70%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +20% rispetto al 2023; AMB: +10% rispetto al 2023; D.H: +15% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO S.C.D.U. Chirurgia Toracica	Stesura progetto di gestione per la presa in carico dei pazienti trasferiti da altri nosocomi	Redazione di progetto	Evidenza documentale entro 30/06/2024	15	Area qualità clinica ed assistenziale		
		Presentazione di un progetto innovativo in ambito chirurgico volto ad incremento attività, efficientamento, miglioramento qualità di cura.	Redazione di progetto	Si/No	15	Area qualità clinica ed assistenziale		
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +10% rispetto al 2023; AMB: +5% rispetto al 2023; D.H: +3% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)40 B)30	Area Gestione Spesa		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	25	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A)R.O.:+8% rispetto a 2023; D.H.: +10% rispetto al 2023; AMB:+10% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)50 B)25	Area Gestione Spesa		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)		≥70%	35	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +10% rispetto al 2023; AMB: +5% rispetto al 2023; D.H: +5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)40 B)20	Area Gestione Spesa		
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023	
		Case MIX.	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Incremento indice case mix rispetto al 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale		

Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +20% rispetto al 2023; AMB: +15% rispetto al 2023; D.H: +10% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)50 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	Progetto I.A.	Implementazione Centro IA ad indirizzo clinico-gestionale	Evidenza di attivazione entro giugno 2024	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +30% rispetto all' anno 2023	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +10% rispetto al 2023; AMB: +5% rispetto al 2023; D.H: +3% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)40 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	Collaborazione al Progetto CAC	Trasferimento sala Terapia Antalgica presso locali dedicati	Evidenza attivazione nuova sala Terapia Antalgica e CAC	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024	Valore 2024≤2023	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +10% anno 2023	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +30% rispetto al 2023; AMB: +30% rispetto al 2023; D.H: +30% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Gabriele AGATI S.S.D. Sale Operatorie	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)	≥70%	30	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Lean blocchi operatori e revisione dell'orario delle sale operatorie mirato all'efficientamento.	Produzione ed attuazione di un approccio lean nei blocchi operatori volto ad ottimizzarne le performances. Contestuale revisione degli orari di sala.	PROGETTO LEAN: sì/no; INCREMENTO LEAN DI SALA: sì/no	A)10 B)20	Area Organizzativa	
		Collaborazione al Progetto CAC	Implementazione sala chirurgica CAC	Evidenza attivazione nuova sala CAC entro 31/3	20	Area Organizzativa	

		Aumento sedute	Incremento sedute di sala operatoria registrate anche mediante la predisposizione di progetti volti all'aumento delle stesse.	2024>2023	20	Area Organizzativa	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	DE LUCA S.S.D. Day Week Surgery	Pianificazione e monitoraggio della gestione dei posti letto dipartimentali, in stretta collaborazione con il Bed Manager	Tasso di occupazione posti letto delle SS.CC. del Dipartimento Area Chirurgica	≥85%	50	Area Organizzativa	
		Miglioramento umanizzazione ed accoglienza cure.	Predisposizione di specifici progetti volti al miglioramento anche del comfort ambientale.	Evidenza dei documenti progettuali	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Collaborazione al progetto di efficientamento LEAN Sale Operatorie	Collaborazione alla stesura del Progetto Lean e Regolamento Sala Operatoria	Presenza di almeno 3 verbali di incontro	30	Area Organizzativa	
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	50	Area Gestione Spesa	
		Predisposizione ipotesi CCIA Comparto	Evidenza documento	/	40	Area Organizzativa	
		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	/	10	Area Organizzativa	
		CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE					
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	/	30 (*)	Area Gestione Spesa	
		Realizzazione Piano formativo 2024	Attivazione almeno 70% corsi previsti	/	50	Area Organizzativa	

		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	Si/No	20	Area Organizzativa	
		CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE					
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Programmazione, gestione e monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei tirocinanti CLI e TRP – I anno di corso	Completamento percorso della sorveglianza sanitaria per l'acquisizione dell'idoneità fisica degli studenti CLI e TRP - I anno di corso, prima dell'immissione in tirocinio. 100% studenti accertati prima dell'inizio del tirocinio	/	Amministrativi (40) Coordinatore/tutor (20)	Area Organizzativa	
		Elaborazione in integrazione con DIPSA e DMP di progetti organizzativi/formativi.	Evidenza almeno 4 progetti	/	Coordinatore/tutor (80)	Area Organizzativa	
		Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione. Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito:a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	/	Amministrativi (40) *	Area Gestione Spesa	
		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	/	Amministrativi (20)	Area Organizzativa	
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	Si/No	30	Area Gestione Spesa	
		Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) il peso è così distribuito:a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Si/No	30	Area Gestione Spesa	
		Gestione delle procedure di affidamento aziendale nell'ambito dei progetti "Sanità Digitale 1" e " Grandi apparecchiature sanitarie" PNRR , come da matrice delle competenze definite	Predisposizione atti nel rispetto del cronoprogramma aziendale. Attestazione del Direttore Amministrativo	Si/No	30	Area Organizzativa	

		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	Si/No	10	Area Organizzativa	
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti e debiti aziendali relativi alle annualità 2021 e 2022 (ivi incluso note di credito/fatture da ricevere)	a) Report crediti e debiti 2021 e 2022. b) Evidenza note di circolarizzazione 2021 e 2022 c) Conciliazione delle posizioni finanziarie ancora in sospeso, con evidenza degli importi attinenti le annualità 2021 e 2022, per l'allineamento delle partite creditorie e debitorie con le altre ASR.	/	a)10 b)10 c)10	Area Gestione Spesa	
		Determinazione e monitoraggio dei budget di spesa delle strutture.	1) Provvedimento di assegnazione budget di spesa 2) Raccolta report trimestrali di monitoraggio della spesa e relazioni delle strutture su interventi correttivi, ove necessari 3) Analisi e valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione	/	30	Area Gestione Spesa	
		Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione)	Report SC Gestione Economico Finanziaria	/	30	Area Gestione Spesa	
		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	Si/No	10	Area Organizzativa	
		Conclusione procedure e/o realizzazione lavori previsti nel Piano Investimenti Aziendale o relativi al PNNR	Rispetto del cronoprogramma definito con la Direzione Generale e, in particolare: - conclusione lavori Medicina Nucleare entro il 29/02/2024 - installazione telecamere, anche in aree esterne, in collaborazione con la SS SII, entro il 31/05/2024 -realizzazione PL di terapia intensiva/terapia sub intensiva , interventi di adeguamento del Pronto soccorso entro 31/07/24	Si/No	30	Area Organizzativa	

Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Tecnologie	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	Si/No	30	Area Gestione Spesa	
		Realizzazione nuova Recovery Room	Conclusione lavori 31/07/2024	Si/No	30	Area Organizzativa	
		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	Si/No	10	Area Organizzativa	
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. ICT	PNRR: digitalizzazione assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari DEA I e II livello.	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR e rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	100%	40	Area Organizzativa	
		Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	Si/No	30	Area Gestione Spesa	
		Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Si/No	20 (*)	Area Gestione Spesa	
		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	Si/No	10	Area Organizzativa	
		PNRR: grandi apparecchiature	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR	Si/No	40	Area Organizzativa	
		Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	Si/No	20	Area Gestione Spesa	

Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO S.S. Ingegneria Clinica	Rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	Rendicontazione su Regis allineata allo stato di avanzamento di tutte le procedure previste nell'elenco deliberato dei progetti	Si/No	30	Area Gestione Spesa	
		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	Si/No	10	Area Organizzativa	
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa Di CUIA S.S. Affari Generali e Legali	Revisione regolamento in materia di studi clinici	Presentazione bozza entro 29/02/2024	Si/No	40	Area Organizzativa	
		Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie	Attivazione procedure di recupero coattivo	100% pratiche trasmesse da SS AAAS	20	Area Gestione Spesa	
		Sistemazione archivio ex autorimessa e monitoraggio smaltimento	a) Riallocazione spazi alle strutture b) assenza al 31/12/2024 di materiale smaltibile (tempo di conservazione scaduto)	/	a) 15 b) 15	Area Organizzativa	
		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	/	10	Area Organizzativa	
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE S.S. SAAS	Applicazione nuovo regolamento libera professione	Applicazione secondo il cronoprogramma definito con la Direzione, per quanto di competenza	Si/No	35	Area Organizzativa	
		Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	/	10 (*)	Area Gestione Spesa	
		Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie	Invio diffide riferite al 2020 e 2021	100%	50	Area Gestione Spesa	
		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	/	5	Area Organizzativa	

Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	Gestione aggiornamenti, sul sito intranet aziendale, delle aree dedicate alla comunicazione	Publicazioni effettuate nei tempi richiesti-concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste = 100% Evidenza tempistica pubblicazioni	/	40	Area Comunicazione
		Migliorare l'efficienza dell'informazione verso l'esterno.	Evidenza pubblicazioni Comunicati Stampa e Notizie sui siti e social media.	/	30	Area Comunicazione
		Migliorare l'efficacia dei rapporti con le Associazioni di volontariato, per l'aspetto comunicativo.	Partecipazione alle riunioni annue programmate della Conferenza Aziendale di Partecipazione e relativa verbalizzazione.	/	30	Area Comunicazione
Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	Gestione affissioni	A) Evidenza procedura pubblicata su intranet B) Assenza affisioni non autorizzate	/	40	Area Comunicazione
		Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione.	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno 1 audit di verifica	/	10	Area Organizzativa
		Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista.	Rispetto tempistica 100% casi	/	50	Area Comunicazione

OBIETTIVI 2024 - SPECIALISTI AMBULATORIALI				
STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO	
SCDO Neurologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati		60	
	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	vedere indicatori SCDO Neurologia	20	
	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.		20	
SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	1) Valutazione psicologica di pazienti oncologici e loro caregivers,in setting ambulatoriale e ospedaliero, a cui è stata data indicazione alle cure palliative, anche precocemente in simultaneous care	Colloqui psicologici : almeno 15 prestazioni - cod. catalogo 94.09.4	50	

2)Applicazione di trattamento psicologico a pazienti e loro caregivers in almeno 10 casi ritenuti opportuni, dalle valutazioni del precedente obiettivo.	2) Trattamenti psicologici specialistici, almeno 25 prestazioni (cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio e trattamenti specialistici ad altri pazienti (almeno 400 prestazioni)	50	
---	--	----	--

OBIETTIVI 2023- PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI				
DIPARTIMENTO	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO	
Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti gli specializzandi afferenti all'AOU San Luigi	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale con scadenza accertamenti ed accertamenti effettuati.Evidenza delle segnalazioni effettuate in caso di mancati accertamenti	50	
	Monitoraggio formazione in materia di sicurezza degli specializzandi iscritti al 1° anno o comunque per i quali l'attestato sia scaduto	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale , con evidenza azioni intraprese in caso di mancata formazione	50	

OBIETTIVI 2023 -DIRETTORI DIPARTIMENTI STRUTTURALI				
DIPARTIMENTO	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO	
Area Chirurgica ed Intensiva	1) Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	70	
	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti b) relativi verbali	30	
Area Medica Specialistica	1) Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	70	
	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti (obiettivo su base annuale) b) relativi verbali	30	
Area Medica ed Oncologia	1) Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	70	
	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti (obiettivo su base annuale) b) relativi verbali	30	

Collaboratori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva				
Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso	
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive).	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza (<5% del totale degli ambulatori attivati, report mensile) .	/	50 D.H. Urologia/ Terapia Antalgica /Amb. Proctologia	
Inserimento personale infermieristico e di supporto attraverso l'adozione del piano di formazione con il rispetto dei tempi previsti.	n. Infermieri formati nel rispetto del piano di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri ed OSS inseriti Standard $\geq$ 80%	/	30 Sala Operatoria	
Orario sale operatorie mirato ad efficientamento	Collaborazione alla revisione degli orari di sala.	REVISIONE ORARIO DI SALA: si/no	40 Sala Operatoria	
Sorveglianza degli eventi avversi nei processi di lavoro con attuazione di audit in caso di evento occorso.	N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi avversi occorsi Standard $\geq$ 80%	/	50 Centrale sterilizzazione	
Implementazione del percorso del paziente sottoposto a chirurgia maggiore, nella fase del pre ricovero sulla base del modello ERAS	Documentazione sul percorso definito	/	50 Pre ricovero	
Applicazione della procedura su isolamenti da MDR in terapia intensiva	Report mensile su aderenza procedura attraverso check list	Almeno 90% di aderenza alla procedura	50 Rianimazione	
Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione	Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.	/	30 Tutte le strutture di degenza (esclusa RIA)	
Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo.	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50 DH Urologia-Terapia Antalgica- Ambulatorio Proctologia- Prericovero-RIA-Centrale di sterilizzazione 30 Sala Operatoria 20 Tutte le strutture di degenza	
Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore Standard= > 60% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Chirurgia Generale-ORL-Week Surgery-Ortopedia-Chirurgia Toracica	

Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore Standard= > 80% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Urologia	
--	--	--	----------------	--