



DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO

N. 203 del 05/09/2023

**Oggetto: MODIFICA ED INTEGRAZIONE DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL
PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO
2023/2025 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 210 DEL 31.03.2023**

Copia informatica , tratta, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3/bis, comma 4/bis ed all'art. 23 del D.Lgs 82/2005, dal documento informatico sottoscritto con firma digitale, predisposto e conservato presso l'Amministrazione in conformità al D.Lgs. 82/2005 (C.A.D.) identificato con HASH, indicato/i in calce, dell'atto in oggetto e dei suoi allegati.

RIFERIMENTI INFORMATICI:

- DEL_1609831.pdf.p7m

7E54EECEC873C8D4059A3EFE5080DC7075BC986DC02F1CCD43EC83DA6380A17677CC77F297E3CABF1F377
9F0DC15B06403D5E6987FD2D325F281C869F5E99E49

- ob 2023 pdf definitivo 05.09.2023.pdf

96253742AC7CC2792A0F70F2E4E25A77E8C4B312933CA7FE4D169278B51DB52E0A1952806500560F20CBEE
723042984BD8BAE3C8DE0EB0019F131D1AD60C3136

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

OGGETTO: MODIFICA ED INTEGRAZIONE DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2023/2025 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 210 DEL 31.03.2023

Struttura proponente: Risorse Umane

Il Responsabile del Procedimento
ex artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241

Dott.ssa FERRARIS SANDRA

Il Direttore f.f.
della struttura proponente

Dott. PERUZZO LUCA

Registrazione contabile

Anno	Autorizzazione/sub	Conto	Importo
Struttura titolare della spesa			
Dott.			

PARERE DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO (ex D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.)

Il Direttore Amministrativo Dott.ssa ANTONELLA RINAUDO (Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)	Il Direttore Sanitario Dr. SALVATORE DI GIOIA (Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)
---	--

IL COMMISSARIO
Dr. Davide Minniti

- Vista la D.G.R. n. 47-6806 del 27/04/2023 con la quale il sottoscritto è stato nominato Commissario di quest'Azienda;
- visti gli atti relativi alla materia in trattazione:
 - la deliberazione n. 210 del 31.03.2023 di approvazione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2023-2025, documento unico di programmazione finalizzato a sostituire, tra l'altro, il Piano della Performance, nell'ambito del quale sono stati formalizzati gli obiettivi 2023 a tutto il personale dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano;
 - la DGR n. 11- 7385 del 03.08.2023 relativa all'assegnazione degli obiettivi economico gestionali ai Direttori Generali /Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2023;
 - la deliberazione n. 171 del 11.08.2023 con la quale, nelle more dell'applicazione della suddetta DGR, sono stati assegnati alle strutture sanitarie, per il secondo semestre 2023, specifici obiettivi in sostituzione di quelli declinati nel sopra citato documento di programmazione;
- dato atto che occorre procedere all'assegnazione degli obiettivi regionali alle strutture aziendali, ad integrazione degli obiettivi aziendali già declinati nei sopracitati provvedimenti;
- dato atto altresì che, stanti i provvedimenti sopra citati, gli obiettivi ed i relativi pesi definitivi per l'anno 2023 sono quelli declinati nei prospetti allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale, alla cui redazione si è proceduto secondo i seguenti criteri:
 - a) assegnazione, su base annua, degli obiettivi regionali declinati nella DGR 11- 7385 del 03.08.2023;
 - b) assegnazione di taluni obiettivi aziendali per il 2° semestre;
 - c) ritaratura dei pesi degli obiettivi aziendali già assegnati;
- ritenuto pertanto di procedere, con riferimento a tutte le articolazioni aziendali e come da prospetti allegati, ad una ulteriore modifica/integrazione degli obiettivi anno 2023 formalizzati nel PIAO adottato con atto n. 210 del 31.03.2023 e già parzialmente modificato, nella sezione "Performance", con atto n. 171 del 11.08.2023;
- preso atto che la presente deliberazione viene proposta dal Direttore f.f. della SC Risorse Umane la sottoscrive;
- considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione, nonché della legittimità della stessa;
- acquisiti i pareri espressi dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

- per quanto sopra considerato e ritenuto

DELIBERA

- 1) di procedere alla modifica ed integrazione degli obiettivi formalizzati nella Sezione Performance del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2023/2025, adottato con deliberazione n. 210 del 31.03.2023 e già modificato, con riferimento alla detta sezione, con atto n. 171 dell'11.08.2023;
- 2) di dare atto che gli obiettivi ed i relativi pesi definitivi per l'anno 2023 sono quelli inseriti nei prospetti allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che sostituiscono quelli già declinati nel predetto documento di programmazione;
- 3) di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale per quanto di competenza;
- 4) di pubblicare il presente provvedimento per quindici giorni consecutivi, sul sito informatico dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano;
- 5) di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo, trattandosi di obiettivi riferiti all'anno in corso.

IL COMMISSARIO
Dr. DAVIDE MINNITI

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

Allegati:

1. Schede obiettivi 2023

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	Riduzione arretrato sulla trasmissione cartella sanitaria e di rischio al dipendente cessato (D.Lgs 81/08)	80% cartelle trasmesse	SI/NO	40	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Riduzione arretrato sulla trasmissione documentazione sanitaria radioesposti all'Ispettorato del Lavoro - Roma	80% cartelle trasmesse	SI/NO	40	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Attuazione misure prevenzione corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	/	20	Area Organizzativa	
		Stesura procedura per la gestione della contenzione	Pubblicazione procedura sul sito intranet aziendale	Presenza procedura su pagina sito intranet aziendale	10	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Monitoraggio compilazione Schede Uniche di Terapia e schede PRIMA	Elaborazione report di analisi stratificata per struttura organizzativa	Presenza report	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Monitoraggio compilazione checklist per la sicurezza in sala operatoria	Elaborazione report di analisi stratificata per struttura organizzativa	Presenza report	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Definizione bisogni formativi in tema di gestione del rischio clinico	Trasmissione schede progetti formativi in tema di gestione rischio clinico 2024	Presenza mail di trasmissione a Centro di formazione	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio recupero volumi attività (≥ 100% miglior valore tra anni 2019 e 2022) Produzione report finale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

Staff Direzione Generale	Marco BO S.S. Risk Management	Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso), con contenimento dei costi	Miglior valore tra anni 2019 e 2022/ Costi diretti ≤ 2022 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	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
		Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
		Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019, 2020, 2021, 2022)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h)	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
		Incremento > 1% anno 2022 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
		Tempo medio di permanenza (boarding) in PS (≤ 6 h) con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
		Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
			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	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
		Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid. Monitoraggio e Report finale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale

I°+II°
SEMESTRE

		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
		Check list di verifica, nelle diverse aree ospedaliere, della adozione delle misure aziendali previste per il miglioramento della qualità dell'assistenza	Applicazione Check list. Effettuazione almeno 2 visite/anno per struttura. Individuazione delle criticità e proposte di miglioramento. Evidenza documentale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
		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	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale
		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	/	5	Area Organizzativa
		Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio recupero volumi attività (≥ 100% miglior valore tra anni 2019 e 2022) Produzione report finale	/	10	Area qualità clinica ed assistenziale
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso), con contenimento dei costi	Miglior valore tra anni 2019 e 2022/ Costi diretti ≤ 2022 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	/	10	Area qualità clinica ed assistenziale
		Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	10	Area qualità clinica ed assistenziale
		Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019, 2020, 2021, 2022)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h)	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	10	Area qualità clinica ed assistenziale
		Incremento > 1% anno 2022 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale

Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI S.S. Qualità	Tempo medio di permanenza (boarding) in PS (≤ 6 h) con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	/	10	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+II° SEMESTRE
		Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
			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	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid. Monitoraggio e Report finale	/	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Check list di verifica, nelle diverse aree ospedaliere, della adozione delle misure aziendali previste per il miglioramento della qualità dell'assistenza	Applicazione Check list. Effettuazione almeno 2 visite/anno per struttura. Individuazione delle criticità e proposte di miglioramento. Evidenza documentale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		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	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		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	/	5	Area Organizzativa	

Staff Direzione Generale	Emanuele D. RUFFINO S.S. Controllo di Gestione	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 31.12.2023 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 già presente entro 20/09/2023 e poi almeno per ogni mese 3) Presenza su "ABACO" dei flussi in "uscita" già a partire dal 01/10/2023 e poi aggiornato almeno ogni 30 giorni 4) Presenza di un sistema di monitoraggio con i dati richiesti già entro il 20/09/2023 e poi almeno con periodicità mensile	1-2-3-4) Dicotomico:SI/NO	50	Area Organizzativa	II° SEMESTRE
		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 31.12.2023 (riferito ai dati 01/01/23 - 30/09/23)	/	25	Area Organizzativa	I°+II° SEMESTRE
		Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativa alla completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24	Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2023 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII	/	12,5	Area Organizzativa	I°+II° SEMESTRE
		1) Integrazione, nel report economico sperimentale, dei volumi di attività (produzione monitorata) per struttura 2) Pubblicazione report economico sperimentale sulla Intranet Aziendale	1) entro 30.06.2023 2) entro il bimestre successivo al trimestre di riferimento	/	12,5	Area Gestione Spesa	
		Definizione cronoprogramma attivazione DVR per struttura e non per rischio. Elaborazione di almeno 3 strutture	Aggiornamento documentale DVR entro 31/12/2023	Evidenza documentale	30	Area Organizzativa	II° SEMESTRE

Staff Direzione Generale	Federico SPOLETTI Servizio Prevenzione e Protezione	Aggiornamento DVR LEGIONELLA	Aggiornamento documentale DVR entro 30/09/2023	Evidenza documentale	20	Area Organizzativa	I°+ II° SEMESTRE
		Aggiornamento DVR AMIANTO	1) acquisizione dati entro 30.07.2023 2) aggiornamento DVR entro 30/11/2023 3) Pubblicazione nella cartella DVR entro 20/12/2023	/	20	Area Organizzativa	
		Aggiornamento DVR Attrezzature di Lavoro	4) Informazione ai DDL, Direttori, Preposti entro 31/12/2023	/			
		Valutazione Stress Lavoro Correlato (SLC)	Raccolta ed elaborazione dei dati prodotti da tutte le strutture. Evidenza valutazione SLC di almeno 10 gruppi omogenei	/	15	Area Organizzativa	
		Ottenimento "sconto "premio assicurativo INAIL	Evidenza attività di sensibilizzazione delle strutture coinvolte e monitoraggio delle relative attività	/	10	Area Gestione Spesa	
		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	/	5	Area Organizzativa	
		Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03, con relativo monitoraggio ed almeno 2 audit inerenti	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022 (16.065.502 euro); almeno 2 audit inerenti.	10	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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

Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Governo, gestione e recupero tempi di attesa	Monitoraggio recupero volumi attività	Produzione report finale	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Verbalì Incontri di monitoraggio	valori indicati in dgr	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura	Verbalì Incontri di monitoraggio	valori indicati in dgr	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio recupero volumi attività (≥ 100% miglior valore tra anni 2019 e 2022) Produzione report finale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso), con contenimento dei costi	Miglior valore tra anni 2019 e 2022/ Costi diretti ≤ 2022 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	/	5	Area Organizzativa	
		Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5	Area Organizzativa	
		Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019, 2020, 2021, 2022)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h)	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5	Area Organizzativa	
		Incremento > 1% anno 2022 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	2,5	Area Organizzativa	

		Tempo medio di permanenza (boarding) in PS (≤ 6 h) con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	/	5	Area Organizzativa	I°+II° SEMESTRE
		Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali	/	2,5	Area Organizzativa	
			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	/	5	Area Organizzativa	
		Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid. Monitoraggio e Report finale	/	5	Area Organizzativa	
		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	5	Area Organizzativa	
		Check list di verifica, nelle diverse aree ospedaliere, della adozione delle misure aziendali previste per il miglioramento della qualità dell'assistenza	Applicazione Check list. Effettuazione almeno 2 visite/anno per struttura. Individuazione delle criticità e proposte di miglioramento. Evidenza documentale	/	2,5	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	/	2,5	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	/	0	Area Organizzativa	

Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE S.S. Unità Prevenzione Rischio Infettivo	Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio recupero volumi attività (≥ 100% miglior valore tra anni 2019 e 2022) Produzione report finale	/	10	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso), con contenimento dei costi	Miglior valore tra anni 2019 e 2022/ Costi diretti ≤ 2022 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	/	10	Area Organizzativa	
		Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	10	Area Organizzativa	
		Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019, 2020, 2021, 2022)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h)	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	10	Area Organizzativa	
		Incremento > 1% anno 2022 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5	Area Organizzativa	
		Tempo medio di permanenza (boarding) in PS (≤ 6 h) con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	/	10	Area Organizzativa	
		Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali	/	5	Area Organizzativa	
			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	/	5	Area Organizzativa	

		Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid. Monitoraggio e Report finale	/	10	Area Organizzativa	
		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	10	Area Organizzativa	
		Check list di verifica, nelle diverse aree ospedaliere, della adozione delle misure aziendali previste per il miglioramento della qualità dell'assistenza	Applicazione Check list. Effettuazione almeno 2 visite/anno per struttura. Individuazione delle criticità e proposte di miglioramento. Evidenza documentale	/	5	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	/	5	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	/	5	Area Organizzativa	
		PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. U.P.R.I.					
		Monitoraggio corretta applicazione delle precauzioni aggiuntive nei pazienti colonizzati/infezioni con germi MDR (Multi Drug Resistant)	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	I° e II SEMESTRE
		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	
		Liste di attesa ambulatoriale: collaborazione con le Strutture aziendali finalizzato al recupero delle prestazioni ambulatoriali.	Relazione con evidenza delle azioni poste in atto finalizzate al recupero delle prestazioni ambulatoriali.	Dicotomico: SI/NO	20	Area qualità clinica ed assistenziale	

Line Direzione Sanitaria	f.f. Ivana FINIGUERRA S.C. Direzione Professioni Sanitarie	Lista di attesa chirurgiche: collaborazione con le Strutture aziendali finalizzato al recupero delle liste di attesa chirurgiche.	Relazione con evidenza delle azioni poste in atto finalizzate al recupero delle liste di attesa chirurgiche.	Dicotomico: SI/NO	20	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Governance del percorso chirurgico: collaborazione con le Strutture del Dipartimento Chirurgico per l'efficientamento del percorso chirurgico attraverso la revisione dei processi organizzativi nell'ottica di un efficientamento delle sale operatorie e percorso chirurgico.	Relazione con evidenza delle azioni poste in atto finalizzate alla governance del percorso chirurgico.	Dicotomico: SI/NO	20	Area Organizzativa	
		Boarding: revisione del modello di bed management.	a) Relazione con evidenza delle azioni proposte per la revisione del modello di bed management. B) Inoltre implementazione , previa autorizzazione del DS, di un modello aggiornato di bed management (es. con implementazione informatica)	Dicotomico: SI/NO	20	Area Organizzativa	
		Coordinamento gruppi di lavoro per predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Report che evidenzia il percorso attuato e i documenti prodotti	/	5	Area Organizzativa	I°+ II° SEMESTRE
		Coordinamento dello studio di sorveglianza di un set di esiti assistenziali	Report dello studio di sorveglianza degli esiti assistenziali	/	10	Area Organizzativa	
		Coordinamento del progetto di implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	Report del processo di implementazione del modello assistenziale con riferimento agli indicatori del progetto	/	2.5	Area Organizzativa	
		Coordinamento del progetto per l'implementazione di un modello assistenziale personalizzato (Primary Nursing), attraverso l'adozione di azioni organizzative e formative specifiche	Report del processo di implementazione del modello assistenziale personalizzato con riferimento agli indicatori del progetto	/	2.5	Area Organizzativa	
Line Direzione	Enrica DEL PERO Funzione Servizio	Attivazione dei percorsi di continuità ospedale-territorio, in collaborazione con il NOOC	Percorsi attivati/percorsi richiesti ≥ 90%	/	50	Area Organizzativa	I° e II°

Sanitaria	Funzione Servizio Sociale	Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere = 100%	/	50	Area Organizzativa	SEMESTRE
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03, con relativo monitoraggio ed almeno 2 audit inerenti	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022 (16.065.502 euro); almeno 2 audit inerenti.	30	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		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	Obiettivo Regionale 2023
		Completamento per classi merceologiche secondo AMCO	Espletamento entro il 15/09/2023	SI/NO	20 (Personale Comparto non Sanitario)	Area Organizzativa	II° SEMESTRE
		Valutazione del corretto approvvigionamento e della gestione dei farmaci e dei dispositivi presso le strutture	Almeno n.1 Audit di appropriatezza per struttura, produzione verbali su richiesta dell'OIV	SI/NO	10 (Dirigenti Farmacisti)	Area Gestione Spesa	
		Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	SI/NO	10 (Dirigenti Farmacisti)	Area Gestione Spesa	

		Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024 Relazione/Attestazione del Direttore Amministrativo	/	15 Personale Comparto non Sanitario 15 Dirigenti Farmacisti	Area Organizzativa	I°+II° SEMESTRE
		Mantenimento importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel triennio 2019-2020-2021	€. 22.042.403,00 (o successivo importo comunicato dalla Regione)	/	0 (Dirigenti Farmacisti)	Area Gestione Spesa	
		Verifica degli ordini non fatturati elencati dalla SC Economico Finanziaria	Completamento della verifica per l'esercizio 2022 al 07.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento/cancellazione degli ordini dal bilancio	/	20 Personale Comparto non Sanitario	Area Gestione Spesa	
		Rispetto tempistica liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione delle fatture - Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	/	35 Personale Comparto non Sanitario * *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	Area Gestione Spesa	
		Attuazione misure prevenzione corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	/	10 Personale Comparto non Sanitario 5 Dirigenti Farmacisti	Area Organizzativa	
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Donatori di cornee	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura	Numero di episodi di STEMI (sul totale) in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti.	>= 60%	10	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023

Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso)	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1% b)≤ 6 h	a)2,5 b)2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		% PTCA entro 0-2-gg di ricovero STEMI	/	Mantenimento valore 2019 (88%) o comunque > = 85%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Incremento attività D.H. rispetto al primo semestre 2022 C) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022 B)D.H. +15% rispetto al primo semestre 2022 C)AMB +15% rispetto al primo semestre 2022	A)15 B)5 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE

Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Donatori di cornee	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	15	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso)	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b) Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1% b) ≤ 6 h	a) 5 b) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+II° SEMESTRE
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	>= 19 donatori	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	A) R.O. +15% rispetto al primo semestre 2022 B) AMB +7% rispetto al primo semestre 2022	A) 15 B) 15	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso)	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	

area medica e specialistica	Fisica Neuroriabilitazione	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	A)30 B)10	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Marisa PAUTASSO S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	25	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Estensione a 7 giorni su 7 dell'esecuzione in biologia molecolare di test per la ricerca rapida di patogeni MDR nelle alte e basse vie aeree	a) Raggiungimento pari al 100% se numero test/anno >50 b) Raggiungimento pari all'80% se numero test/anno fra 20 e 50 c) Raggiungimento pari all'50% se numero test/anno <20	/	15	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+II° SEMESTRE
		Esecuzione in giornata di tutti i tamponi del precovero pervenuti in laboratorio	Tamponi refertati in giornata/tamponi pervenuti in giornata	100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni di laboratorio	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +15% rispetto al primo semestre 2022	40	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	Donatori di cornee	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso)	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+II SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1% b)≤ 6 h	a)7,5 b)5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	>= 19 donatori	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +30% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	A)25 B)5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA S.C.D.U. Psichiatria	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso)	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1% b)≤ 6 h	a)5 b)5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +5% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	A)25 B)10	Area qualità clinica ed assistenziale	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	20	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	10	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni ambulatoriali	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +15% rispetto al primo semestre 2022.	30	Area qualità clinica ed assistenziale	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e Centro del Sonno	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	30	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	A)5 B)15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Donatori di cornee	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	15	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso)	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b) Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1% b) ≤ 6 h	a)5 b)5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	>= 19 donatori	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Incremento attività D.H. rispetto al primo semestre 2022 C) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +20% rispetto al primo semestre 2022 B)D.H. +10% rispetto al primo semestre 2022 C)AMB +20% rispetto al primo semestre 2022	A)20 B)2,5 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O., D.H., Ambulatoriale, Pronto Soccorso)	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	a)5 b)10	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni pneumologia interventistica	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +20% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +25% rispetto al primo semestre 2022	A)30 B)10	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Franca NAPOLI S.S.D. Servizio Trasfusionale	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso)	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	0	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 valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥2% del numero di interventi in elezione anno 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni ambulatoriali trasfusionali	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +30% rispetto al primo semestre 2022.	50	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE

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 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	I° + II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b) Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1% b) ≤ 6 h	a) 5 b) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022)	A)R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	A)35 B)5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	a)2,5 b)12,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b) Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1% b) ≤ 6 h	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +15% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	A)30 B)5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco VOLANTE S.C.D.U. Anatomia Patologica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Recupero prestazioni screening oncologici coloretale 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%	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Screening Oncologici	Produzione dei volumi prestazionali di screening oncologico previsti da ASL TO 3	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Mantenimento tempi medi di refertazione anno 2019 per campioni di screening di I e II livello per carcinoma collo dell'utero/ mammella/colon-retto; campioni citologici derivanti da attività di radiologia interventistica; campioni biotici di pertinenza dell'endoscopia digestiva e della bioncoscopia.	Report tempi di refertazione 2023 vs 2019	2019	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni AP	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	Incremento prestazioni +15% rispetto al primo semestre 2022	40	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE

Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I° + II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b) Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1% b) ≤ 6 h	a) 5 b) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Incremento attività D.H. rispetto al primo semestre 2022 C) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +40% rispetto al primo semestre 2022 B)D.H. +20% rispetto al primo semestre 2022 C)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	A)25 B)5 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Donatori di cornee	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	15	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	

Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b) Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1+E245:E247% b) ≤ 6 h	a) 7,5 b) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	I° + II° SEMESTRE
		Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Estensione "Patient Blood Management (PBM)" a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Numero di pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% del numero di interventi in elezione anno 2023	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni oncologiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A) R.O. +5% rispetto al primo semestre 2022 B) DH +5% rispetto al primo semestre 2022 C) AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	A) 10 B) 5 C) 10	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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 oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Donatori di cornee	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Miglioramento percorsi interni di ricovero	Riduzione del numero di ricoveri attraverso la definizione di percorsi interni concordati o di progetti specifici	% ricoveri ≤ 2022	15	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Incremento utilizzo percorsi territoriali rispetto al 2022	% utilizzo percorsi territoriali / numero ricoveri	≥ 2022	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding (Individuazione, in collaborazione con le Medicine, di uno o più indicatori relativi all'appropriatezza dei ricoveri)	a) Attuazione misure di miglioramento previste nel Piano di sovraffollamento./ Definizione indicatori appropriatezza ricoveri entro aprile 2023 e applicazione sperimentale entro 31.12.2023 Relazione congiunta con DMPO b) Tempo medio di permanenza in PS per pazienti dimessi direttamente da PS (esclusi pazienti ricoverati in OBI)	a)Evidenza documentale trimestrale delle misure adottate 6 ore b)≤	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Relazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	Riduzione tempi di degenza medi in D.E.A.	R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022	45	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE

Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati anno 2019) - Con prestazioni della Medicina Nucleare rapportate al periodo di effettiva apertura del servizio per ristrutturazione	Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Riapertura accessi diretti	Evidenza documentale	/	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	a)2,5 b)7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni radiodiagnostiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	45	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE

Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Simona ALLIS – S.S. Radioterapia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	15	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100% anno 2019	15	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni radioterapiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	Incremento prestazioni radioterapiche +10% rispetto al primo semestre 2022	40	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE

Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	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%	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I° + II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	a)2,5 b)12,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Screening Oncologici	Produzione dei volumi prestazionali di screening oncologico previsti da ASL TO 3	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni endoscopiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +20% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +20% rispetto al primo semestre 2022	A)30 B)5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I° + II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni ambulatoriali diabetologiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +25% rispetto al primo semestre 2022	50	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	20	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I° + II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni emoglobinopatie	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +5% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +135% rispetto al primo semestre 2022	A)5 B)35	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	15	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	a) Riduzione 1% b)≤ 6 h	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Estensione "Patient Blood Management (PBM)" a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Numero di pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM >=2% del numero di interventi in elezione anno 2023	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni oncologiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +5% rispetto al primo semestre 2022 B)DH +5% rispetto al primo semestre 2022 C)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	A)15 B)5 C)15	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	20	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Incremento ricoveri in Day Hospital	Report predisposto dal Controllo di Gestione	+3% anno 2019	20	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni Week/ D.H. - Appropriatezza di ricovero	A) Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022 B) Miglioramento appropriatezza di ricovero mediante azioni di concerto con strutture maggiormente coinvolte nel boarding, quali ad esempio PS-nefrologia-urologia, tramite stesura protocolli diagnostico-terapeutici condivisi.	A) D.H. +15% rispetto al primo semestre 2022 B) Presenza di documentazione (procedure/protocolli) condivisa con le strutture maggiormente coinvolte	A)30 B)10	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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 oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	12,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni nefrologia	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +5% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	A)10 B)40	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
Dipartimento strutturale di area medica e	Marco Maria TINIVELLA S.S.D. Dietologia e	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	25	Area qualità clinica ed assistenziale	

oncologia	Nutrizione Clinica	Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	25	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	20	Area qualità clinica ed assistenziale	
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	rif. Daniela F. GIACHINO funzione Counseling Genetico	Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	40	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Verifica corretta imputazione flussi C e C5 relativi alle analisi genetiche	Report finale prodotto dai SII	/	60	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Donazioni d'organo	A)Segnalazione di soggetti in morte encefalica (BDI%) B)Non opposizioni alla donazione di organi	A)20-40% morti encefaliche segnalate in Rianimazione /n.decessi in Rianimazione con patologia compatibile. B)tasso di opposizione alla donazione di organi in Rianimazione al ≤ 33% delle segnalazioni di morte encefalica in Rianimazione.	A)5 B)5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione)	>= 100% anno 2019	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid	< anno 2022	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS	Collaborazione con SCDU Ortopedia ed SS Sale Operatorie per programmazione sale	> 70%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Donazioni d'Organo	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
				20-40% morti encefaliche segnalate in Rianimazione /n.decessi in Rianimazione con patologia compatibile.	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
				tasso di opposizione alla donazione di organi in Rianimazione al ≤ 33% delle segnalazioni di morte encefalica in Rianimazione.	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		A)Gestione boarding (come da indicazioni regionali) B)Governance percorso chirurgico	A) Riduzione tempi di degenza medi B) Collaborazione con le strutture aziendali coinvolte nel percorso chirurgico	A) R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022 B) Almeno n. 2 verbali degli incontri inerenti l'efficientamento del percorso chirurgico	A)40 B)5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE

Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Donatori di cornee	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	a)2,5 b)5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Relazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento Interventi (prestazioni ambulatoriali complesse) anno 2019	/	N.interventi (prestazioni ambulatoriali complesse) 2023 ≥ 2019 Fatturato 2023 ≥ 2019	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni ambulatoriali	Riduzione tempi di attesa medi area oftalmologica ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +50% rispetto al primo semestre 2022	30	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		(SOLO GINECOLOGIA) Recupero prestazioni screening oncologici mammografico e cervico-vaginale: 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 MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA INVITI: min. 97%; COPERTURA ESAMI: min. 50% SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA INVITI: min. 97%; COPERTURA ESAMI: min. 45%	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 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO S.C.D.U. Chirurgia Generale	Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	a)2,5 b)2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione)	>= 100% anno 2019	2,5 (2,5 ginecologia)	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Screening oncologici (per Dirigenti Medici di Ginecologia)	Produzione dei volumi prestazionali di screening oncologico previsti dall'ASL TO3	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza referente medico per le ICA b) Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b) ≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni chirurgiche	Riduzione tempi di attesa medi area chirurgia generale ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A) R.O. +30% rispetto al primo semestre 2022 B) DH +50% rispetto al primo semestre 2022 C) AMB +26% rispetto al primo semestre 2022	A)20 B)5 C)5	Area qualità clinica ed assistenziale	

Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO S.C.D.U. Chirurgia Toracica	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		a) Presenza referente medico per le ICA b) Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b) ≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni chirurgiche	Riduzione tempi di attesa medi area chirurgia generale ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A) R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022 B) DH +50% rispetto al primo semestre 2022 C) AMB +15% rispetto al primo semestre 2022	A)20 B)5 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a)Presenza referente medico per le ICA b)Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b)≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata	= 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni chirurgiche	Riduzione tempi di attesa medi area chirurgia generale ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +5% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	A)15 B)25	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		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%	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	

Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	>= 100% anno 2019	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS	Collaborazione con SCU Anestesia e Rianimazione e SS Sale Operatorie per programmazione sale	> 70%	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a)Presenza referente medico per le ICA b)Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c)Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b)≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni chirurgia ortopedica	Riduzione tempi di attesa medi area ortopedica ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +30% rispetto al primo semestre 2022 B)DH +30% rispetto al primo semestre 2022 C)AMB +15% rispetto al primo semestre 2022	A)10 B)10 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	5	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023

Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	a)2,5 b)7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Tempo medio di permanenza (boarding)in PS	Report finale DMPO	≤ 6 h	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		a) Presenza referente medico per le ICA b) Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b) ≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni chirurgia ORL	Riduzione tempi di attesa medi area ORL ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +30% rispetto al primo semestre 2022 B)DH +80% rispetto al primo semestre 2022 C)AMB +30% rispetto al primo semestre 2022	A)20 B)10 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale	

Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	a)2,5 b)2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	

		a) Presenza referente medico per le ICA b) Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b) ≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni chirurgia urologica	Riduzione tempi di attesa medi area urologica ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A) R.O. +15% rispetto al primo semestre 2022 B) DH +15% rispetto al primo semestre 2022 C) AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	A)10 B)15 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b) Rispetto standard regionale	/	0	Area qualità clinica ed assistenziale	

		Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	II° SEMESTRE
		Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	Area qualità clinica ed assistenziale	
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni ambulatoriali	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +35% rispetto al primo semestre 2022 B)AMB +20% rispetto al primo semestre 2022	A)40 B)15	Area qualità clinica ed assistenziale	
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%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2023
		Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	30	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II° SEMESTRE
		Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni ambulatoriali	Realizzazione percorso LEAN Sale operatorie con riduzione dei tempi di inizio seduta operatoria e change over	recupero di almeno 60 minuti per seduta	50	Area Organizzativa	
		% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS	Collaborazione con SCDU Anestesia e Rianimazione e SCDU Ortopedia per programmazione sale	> 70%	0	Area qualità clinica ed assistenziale	
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Dario ANDREONE S.S.D. Day Week Surgery	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	15	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	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
		Partecipazione agli obiettivi della SCDU Generale	Vedasi specifici indicatori	/	40	Area qualità clinica ed assistenziale	I°+ II°

		Ottimizzazione percorsi chirurgici finalizzati ad un utilizzo ottimale dei PL Week Surgery (in particolare quelli afferenti alla SCUO Oftalmologia)	Evidenza documentale azioni attuate	/	20	Area qualità clinica ed assistenziale	SEMESTRE
		Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa: 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	30	Area Gestione Spesa	I° + II° SEMESTRE
			b) Budget straordinario : 1) Provvedimento di assegnazione budget straordinario 2) Produzione reports strutture al 31.12.2023	/	5	Area Gestione Spesa	
		Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5	Area Organizzativa	
		Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	/	5	Area Gestione Spesa	
		Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	30	Area Organizzativa	
		Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	/	10	Area Organizzativa	
		Valutazione Stress Lavoro Correlato (SLC)	Estrapolazione e trasmissione dati richiesti dal Servizio Prevenzione e Protezione Attestazione Servizio Prevenzione e Protezione	/	5	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	/	5	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 del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	/	5	Area Organizzativa
CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE				
Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	10	Area Gestione Spesa
	b) Budget straordinario : Report al 31.12.2023	/	5	Area Gestione Spesa
Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5	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	/	20 (*)	Area Gestione Spesa
Revisione di due procedure in materia di formazione	Presenza di documenti revisionati	/	20	Area Organizzativa
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	/	5	Area Gestione Spesa

I° + II° SEMESTRE

Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	20	Area Organizzativa
		Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	/	10	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
		CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE				
		Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) <u>Budget di spesa</u> : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	Coordinatore/tutor (25) Amministrativi (10)	Area Gestione Spesa
			b) <u>Budget straordinario</u> : Report al 31.12.2023	/	Coordinatore/tutor (0) Amministrativi (5)	Area Gestione Spesa
		Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento, volta a liberare gli spazi	/	Amministrativi (5)	Area Organizzativa
		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 (25)	Area Qualità
		Laboratorio di simulazione teorico pratica studenti del 1°,2°,3° anno per rendere lo studente capace di applicare il ragionamento clinico in scenari simulati e riportare nella realtà clinica la competenza acquisita	Soddisfazione degli studenti misurata attraverso un questionario validato "Satisfaction with simulation experience" scale (SSE): presenza almeno del 50% dei questionari compilati	/	Coordinatore/tutor (25) Amministrativi (5)	Area Qualità

Interprofessional clerkship : integrazione attività studenti dei Corsi di Medicina e di Infermieristica per favorire l'interprofessionalità e la formazione tra pari	Apprendimento da parte degli studenti di medicina di tecniche infermieristiche specifiche e per gli studenti infermieri assunzione del ruolo di guida. Svolgimento: n. 1 giornata di presentazione, n. 8 giornate di laboratorio presso il centro di simulazione, n. 4 giornate nei reparti, n. 2 giornate di conclusione lavori.	/	Coordinatore/tutor (25)	Area Qualità	I° + II° SEMESTRE
Digitalizzazione delle schede di valutazione dei tirocini degli studenti	Creazione di un archivio digitale delle schede di tutti gli studenti a partire dalla coorte di immatricolazione 2020/21	/	Coordinatore/tutor (25) Amministrativi (5)	Area Organizzativa	
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	/	Amministrativi (5)	Area Gestione Spesa	
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	Amministrativi (20)	Area Organizzativa	
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	/	Amministrativi (5)	Area Gestione Spesa	
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 (10) *	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 (5)	Area Organizzativa	
OBIETTIVI AGGIUNTIVI PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA					

		Monitoraggio carriere studentesche	a) Effettuazione di almeno n. 100 colloqui nel corso del 2023 b) Report relativo all'analisi di almeno 10 carriere studentesche c) Attestazione del Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica		€. 1500,00	Area Organizzativa	I° + II° SEMESTRE
		Favorire l'avvicinamento degli studenti al Corso di Laurea in Infermieristica attraverso incontri con studenti del IV e V anno delle scuole superiori	a) Realizzazione di almeno n. 3 incontri in presenza b) Report delle attività svolte al 31.12.2023 c) Attestazione del Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica		€. 1500,00	Area Organizzativa	
		Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	A) Rapporto tra il numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP Contratti (sia a numeratore che a denominatore record validi con medesima chiave univoca di identificazione, pur eventualmente oggetto di invii plurimi in inserimento e/o sostituzione, sono conteggiati una sola volta; esclusi dal conteggio i record oggetto di cancellazione) B) Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici.	A) Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2022 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione". I record oggetto di valutazione sono tutti i record inviati al flusso DMRP-Contratti dal primo gennaio 2022 alla data di consolidamento iscritta per tale flusso nella DGR succitata (al netto dei record oggetto di cancellazione), indipendentemente dalla data di stipula del contratto cui si riferisce il record. B) Risultato dei tre sub indicatori = 100%, con un margine di tolleranza compreso tra -50% e +50% (l'indicatore complessivamente è valutato positivamente solo se il risultato di tutti i tre sub indicatori è compreso nel margine di tolleranza)	A)5 B)5	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Ammodernamento digitale parco tecnologico ospedaliero/Grandi Apparecchiature Sanitarie	Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per la realizzazione degli interventi pari al 100% degli interventi relativi all'acquisto delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il 31/12/2023.	100%	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023

Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economo	Monitoraggio del budget di spesa e rispetto del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	15	Area Gestione Spesa	I° + II° SEMESTRE
			b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	5	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	/	10 (*)	Area Gestione Spesa	
		Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento, volta a liberare gli spazi	/	5	Area Organizzativa	
		Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	/	5	Area Gestione Spesa	
		Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	15	Area Organizzativa	
		Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	/	10	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	/	10	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	/	5	Area Organizzativa	

Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti e debiti aziendali relativi, almeno, alle annualità 2020 e ante (ivi incluso note di credito/fatture da ricevere)	Trasmissione attestazione aziendale sul disavanzo economico atteso e Pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale, con relativo monitoraggio di attuazione.	/	10	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Determinazione dei budget di spesa delle strutture e rispetto del budget delle ore straordinarie assegnate.	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	/	20	Area Gestione Spesa	I° + II° SEMESTRE
			Budget straordinario: Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	5	Area Gestione Spesa	
		Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5	Area Organizzativa	
		Applicazione nuovo regolamento libera professione	Adozione entro 15/04/2023 regolamento e cronoprogramma. Applicazione secondo il cronoprogramma, per quanto di competenza	/	0	Area Organizzativa	
		Utilizzo ed implementazione nuova procedura gestione servizi di tesoreria Unicredit (moduli UnitesoroWeb e Tesoro WebSign)	Utilizzo, al 31.12.2023, della nuova procedura (in sostituzione procedura TLQ). Attestazione del Direttore Amministrativo	/	10	Area Gestione Spesa	
		Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	20	Area Organizzativa	
		Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	Entro 30.06.2023 inserimento nuovi conti e relative autorizzazioni di spesa in OLIAMM Contabilità	/	5	Area Gestione Spesa	
		Regolarizzazione ordini non fatturati	1) invio, entro 2 gg dall'adozione del provvedimento di assegnazione obiettivi, dell'elenco ordini non fatturati alle strutture coinvolte 2) Valutazione finale con la Direzione Aziendale, da effettuarsi in tempo utile per consentire le relative rilevazioni in bilancio prima della chiusura del consuntivo 2022	/	5	Area Gestione Spesa	

		Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione)	Report SC Gestione Economico Finanziaria	/	15	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	
		Progetti di edilizia sanitaria: Progetti antincendio L. 145/2018 – Art. 1 c. 95	Approvazione studi di fattibilità entro il 31/12/2023	/	10	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Nomina Energy Manager. Definizione e sviluppo azioni finalizzati a promuovere il risparmio energetico.	Relazione aziendale predisposta dall'energy manager aziendale, che indichi le azioni identificate (avviate e da avviare) per promuovere il risparmio energetico) entro il 10 settembre 2023.	/	10	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023
		Conclusione procedure e/o realizzazione lavori previsti nel Piano Investimenti Aziendale o relativi al PNRR	Rispetto del cronoprogramma definito con la Direzione Generale e, in particolare: - conclusione lavori Medicina Nucleare atti a consentire consegna e installazione TC gamma Camera entro il 15/11/2023 - inizio lavori sale operatorie entro il 31/12/2023 - installazione nuovi fari in aree esterne ed avvio installazione nuove telecamere, in collaborazione con la SS SII, entro il 31/12/2023	/	25	Area Organizzativa	II° SEMESTRE
		Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	10	Area Gestione Spesa	
			b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	2,5		
		Realizzazione PL di terapia intensiva/terapia sub intensiva , interventi di adeguamento del Pronto soccorso	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR	/	5	Area Organizzativa	
		Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione	/	5(*)	Area Gestione Spesa	

Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	Piano Investimenti Aziendale : attivazione di tutte le procedure stabilite nel Programma dei Lavori	Rispetto del cronoprogramma definito con la Direzione Generale. Report avallati dalla Direzione	/	5	Area Organizzativa	I° + II° SEMESTRE
		Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	/	2,5	Area Gestione Spesa	
		Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	5	Area Organizzativa	
		Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	/	5	Area Gestione Spesa	
		Attuazione procedure e attività di competenza relative ai progetti PNRR	Predisposizione degli atti ed esecuzione delle attività propedeutiche all'installazione di apparecchiature e infrastrutture di rete, nel rispetto del cronoprogramma aziendale	/	5	Area Organizzativa	
		Smaltimento cartaceo documentazione	Modifica, entro il 30.04.2023, posizionamento scaffalature (come da sopralluogo del 16/12/2022)	/	2,5	Area Organizzativa	
			Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5,0		
		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	/	2,5	Area Organizzativa	

Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informatici	PNRR: digitalizzazione assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari DEA I e II livello	Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per l'impiego di almeno il 75% dell'importo assegnato per la digitalizzazione degli ospedali con sede DEA entro il 31/12/2023.	100%	20	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	A) adeguamento tecnologico degli applicativi refertanti per il dialogo con il gateway nazionale, nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione. B) aggiornamento del repository relativamente alle specifiche tecniche regionali entro il 30 settembre 2023 con predisposizione del cronoprogramma realizzativo. C) 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.	A)100% B)100%	A)5 B)5	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	10	Area Gestione Spesa	
			b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	2,5	Area Gestione Spesa	
		Digitalizzazione documenti sanitari ed implementazione FSE	Definizione del protocollo entro il 30/06/2023 per i controlli quali-quantitativi sui documenti inviati a FSE. Elaborazione del report di sintesi dei controlli da luglio e invio mensile dei medesimi alla Direzione Sanitaria	/	5	Area Organizzativa	
			Avvio degli interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HD7 CDA R2 entro la tempistica regionale.	/	5	Area Organizzativa	
		Istallazione infrastrutture di rete	Installazione di 2 armadi di rete su 5	/	5	Area Organizzativa	
		Implementazione AQ Sanità Digitale 1	Analisi degli ambienti tecnologici e applicativi	/	5	Area Organizzativa	

		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	/	5	Area Gestione Spesa	I° + II° SEMESTRE
		Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	/	2,5	Area Gestione Spesa	
		Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	15	Area Organizzativa	
		Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	/	5	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	/	5 (*)	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	/	5	Area Organizzativa	

Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO S.S. Ingegneria Clinica	PNRR: Grandi Apparecchiature Sanitarie	A)Adozione di un cronoprogramma di sostituzione delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il T3 2023 e perseguimento del target di sostituzione del 50% della spesa finanziata entro T4 2023 B)Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per la realizzazione degli interventi pari al 100% degli interventi relativi all'acquisto delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il 31/12/2023.	100% per ciascun indicatore	A)15 B)15	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	15	Area Gestione Spesa	
			b) Budget straordinario : Report SC Risorsa Umane al 31.12.2023	/	2,5	Area Gestione Spesa	I° + II° SEMESTRE
		Monitoraggio delle attività svolte nell'ambito del "Servizio di Gestione delle Apparecchiature Elettromedicali"	Produzione di reportistica semestrale circa la verifica del rispetto dei livelli di servizio contrattualmente previsti	/	2,5	Area Organizzativa	
		Attivazione delle procedure previste dal PNRR	Attivazione del 100% delle adesioni agli AQ Consip che si renderanno disponibili per acquisti di grandi apparecchiature	/	10	Area Organizzativa	
		Avvio installazione apparecchiature previste dal PNRR	Avvio dell'installazione di almeno n. 2 grandi apparecchiature entro il 31/12/2023	/	5	Area Organizzativa	
		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	/	7,5	Area Gestione Spesa	
		Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	/	2,5	Area Gestione Spesa	
		Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	5	Area Organizzativa	

		Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	/	5	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	/	10 (*)	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	/	5	Area Organizzativa	
		Monitoraggio continuo e costante dell'eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare e realizzare le iniziative necessarie per mitigare l'eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio	Adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio	/	20	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2023
		Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	15	Area Gestione Spesa	
			b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	2,5		
		Smaltimento cartaceo della documentazione depositata presso i locali " ex autorimessa"	1) Comunicazioni trimestrali e relativi solleciti alle strutture, con richiesta di applicazione della nuova procedura approvata nel 2022 2) Attivazione procedure smaltimento per il 100% delle richieste pervenute 3) Produzione documenti relativi alla gestione	/	20	Area Organizzativa	

Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali		3) Produzione documento relativo all'analisi ed allo studio di fattibilità di un progetto di assegnazione alle strutture di specifici spazi, ove sussistano le condizioni di sicurezza				I° + II° SEMESTRE
		Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	/	10(*)	Area Gestione Spesa	
		Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	/	2,5	Area Gestione Spesa	
		Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	10	Area Organizzativa	
		Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	/	10	Area Gestione Spesa	
		Procedura gestione sinistri rientranti nella franchigia frontale fissa aziendale	1) Studio ed approvazione procedura entro 30.05.2023 ed attivazione dal 01.06.2023 2) Gestione richieste danni soggette a nuova procedura: 100% dal 01/06/2023. Report finale	/	5	Area Organizzativa	
				100%			
		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	
		Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	20	Area Gestione Spesa	

Line Direzione	Patrizia MELCHIONNE		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	2,5		I° + II° SEMESTRE
		Adozione ed applicazione nuovo regolamento libera professione	Adozione entro 15/04/2023 regolamento e cronoprogramma . Applicazione secondo il cronoprogramma, per quanto di competenza		0	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	
		Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5	Area Organizzativa	
		Centralizzazione delle attività amministrative a supporto dei servizi sanitari	1) cronoprogramma entro 30.04.2023 2) Attivazione di almeno una fase del processo di centralizzazione entro 31.12.2023	/	10	Area Organizzativa	
		Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	/	2,5	Area Gestione Spesa	
		Revisione procedura e standardizzazione modalità recupero crediti correlati alle prestazioni sanitarie	1) Entro 30.06.2023 : Revisione procedura con indicazione nuove modalità operative 2) Entro 30.09.2023 : diffusione procedura a tutto il personale coinvolto (segreterie accettazione) 3) Entro 31.12.2023 : presentazione cronoprogramma recupero di tutti i crediti anni precedenti 4) Recupero 100% codici bianchi dal 2019	/	20	Area Gestione Spesa	
		Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/	15	Area Organizzativa	

Amministrativa	S.S. SAAS	Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	/	10	Area Gestione Spesa	I° + II° SEMESTRE	
		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		
		SETTORE COMUNICAZIONE INFORMAZIONE-URP						
		Gestione aggiornamenti, sul sito intranet aziendale, delle aree dedicate alla comunicazione	Pubblicazioni effettuate nei tempi richiesti-concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste = 100% Evidenza tempistica pubblicazioni	/	30	Area Qualità		
		Supporto all'utenza per le attività di disdetta prenotazioni	1) Richieste evase entro la giornata successiva alla presa in carico/richieste pervenute = 100% 2)Assenza di reclami dell'utenza	/	25	Area Qualità		
		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	/	5	Area Organizzativa		
		Aggiornamento procedura gestione reclami, con definizione tempistica	1) Evidenza documento aggiornato 2) Rispetto tempistica	/	25	Area Organizzativa		
1) Entro 30.06.2023 : Revisione procedura con indicazione nuove modalità operative 2) Entro 30.09.2023 : diffusione procedura a tutto il personale coinvolto (segreterie accettazione) 3) Entro 31.12.2023 : presentazione cronoprogramma recupero di tutti i crediti anni precedenti 4) Recupero 100% codici bianchi dal 2019	/							

		Revisone procedura e standardizzazione modalità recupero crediti correlati alle prestazioni sanitarie	1) Entro 30.06.2023 : Revisione procedura con indicazione nuove modalità operative 2) Entro 30.09.2023 : diffusione procedura a tutto il personale coinvolto (segreterie accettazione) 3) Entro 31.12.2023 : presentazione cronoprogramma recupero di tutti i crediti anni precedenti 4) Recupero 100% codici bianchi dal 2019	/	15	Area Organizzativa
--	--	---	---	---	----	--------------------

OBIETTIVI 2023 - SPECIALISTI AMBULATORIALI				
STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO	SEMESTRE
SCDO Neurologia	Implementazione /raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati anno 2019	vedere indicatori SCDO Neurologia	60	I°+ II° SEMESTRE
	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)		20	
	Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)		20	
SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	1) Valutazione e individuazione dei caregivers dei pazienti oncologici che, oltre ad affrontare il disagio emotivo dovuto alla malattia, hanno in carico figli/nipoti minori da gestire nelle comunicazioni di diagnosi e prognosi infausta	Colloqui psicologici : almeno 15 prestazioni - cod. catalogo 94.09.4	50	
	2) Applicazione di trattamento psicologico in almeno 10 casi ritenuti, dalle valutazioni del precedente obiettivo, fragili e complessi	2) Trattamenti psicologici specialistici, almeno 30 prestazioni (cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio e trattamenti specialistici ad altri pazienti (almeno 400 prestazioni)	50	
SCDU Psichiatria/SCDO Geriatria - Specialista Psicologia Clinica	1) Attivazione interventi di gruppo rivolti ai caregivers di pazienti affetti da demenza.	Attivazione di interventi di gruppo, per un totale di 152 prestazioni (Codice C atalogo 94.44)- Obiettivo su base annuale	50	
	2) Valutazioni individuali dei disturbi cognitivi in pazienti che presentano un sospetto di demenza e relativi trattamenti individuali	Somministrazione di test psicometrici per la valutazione delle abilità cognitive (Codice catalogo 94.08.2 ,94.08.1, 94.01.2); colloquio psicologico clinico pazienti caregivers individuale o familiare (codice catalogo 94.09., 94.42), per un totale di 88 prestazioni - Obiettivo su base annuale	50	
	1) Valutazione e trattamento psicologico dei pazienti adulti afferenti al Centro Fibrosi cistica in regime ambulatoriale e/o di ricovero ospedaliero in presenza e/o in telemedicina	Colloquio psicologico clinico : almeno 590 prestazioni di cui almeno 50 in telemedicina	60	

SCDO Pneumologia - Specialista Psicologia Clinica - Centro Fibrosi Cistica	2) Somministrazione testistica specifica di screening	Somministrazione test psicometrici GAD-7 ,PHQ-9,CFQ-R versione per adolescenti e adulti: almeno 45 valutazioni	20	
	3) Valutazione trattamento psicologico e follow up attraverso il colloquio psicologico clinico dei caregivers dei pazienti affetti da fibrosi cistica (in regime ambulatoriale e/o di ricovero ospedaliero)in presenza e/o in telemedicina	Colloquio psicologico clinico pazienti e caregivers di monitoraggio della situazione clinica e trattamento psicologico : almeno 45 prestazioni	20	

OBIETTIVI 2023- PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI				
DIPARTIMENTO	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO	SEMESTRE
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	I°+ II° SEMESTRE
	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	SEMESTRE
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	I°+ II° SEMESTRE
	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	
	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	
		a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che		

Area Medica ed Oncologia	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	Semestre
Predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Produzione di un documento che evidenzi le modalità per gestire l'assenza		50 Sala operatoria Centrale sterilizzazione Pre ricovero DH Urologia Terapia antalgica Amb. Proctologia	I°+ II° SEMESTRE
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022. Report Controllo di Gestione /SII		50 DH 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 inseriti Standard $\geq 80\%$		50 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	
Revisione 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	
Predisposizione di un documento in cui si evidenzia i comportamenti a rischio di trasmettere infezioni da MDR in terapia intensiva	Evidenza del documento		50 Rianimazione	
Sorveglianza di un set di esiti assistenziali	Applicazione del protocollo di studio di sorveglianza degli esiti assistenziali Nomina di un Referente Infermieristico di struttura		50 Tutte le strutture di degenza	
Implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel secondo semestre 2023	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Urologia	

Avvio del processo di implementazione di un modello assistenziale personalizzato (Primary Nursing), attraverso l'adozione di azioni organizzative e formative specifiche	N. Infermieri formati per Primary Nursing/n. Infermieri assegnati > 80% Riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro avviati => almeno un incontro a trimestre	Evidenza dei percorsi formativi attuati Verbalì delle riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro, con le presenze degli operatori	50 Strutture di degenza (esclusa Urologia e Rianimazione)	
--	---	---	--	--

Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia				
Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso	Semestre
Predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Produzione di un documento che evidenzi le modalità per gestire l'assenza		50 Microcitemie DH Ematologia Nefrologia e Dialisi DH Oncologia Medica e Polmonare Amb. Diabetologia DH Internistico Anatomia patologica Radiologia Pronto soccorso	I°+ II° SEMESTRE
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022. Report Controllo di Gestione /SII		50 Microcitemie DH Ematologia DH Oncologia Medica e Polmonare Amb. Diabetologia DH Internistico Radiologia Nutrizione clinica e Dietologia	
Informatizzazione delle richieste pasto dei pazienti ricoverati	Report che evidenzi il percorso attuato e l'avvio del processo di informatizzazione delle richieste pasto dei pazienti ricoverati		50 Nutrizione clinica e Dietologa	
Revisione dell'organizzazione dei percorsi diagnostici nella fase di taglio dei campioni istologici, finalizzata alla riduzione di eventi avversi	Riduzione delle non conformità 2023 rispetto al 2022		50 Anatomia patologica	
Sorveglianza di un set di esiti assistenziali	Applicazione del protocollo di studio di sorveglianza degli esiti assistenziali Nomina di un Referente Infermieristico di struttura		50 Tutte le strutture di degenza + Pronto soccorso	
Implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel secondo semestre 2023	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Medicina Interna – Dialisi	

Avvio del processo di implementazione di un modello assistenziale personalizzato (Primary Nursing), attraverso l'adozione di azioni organizzative e formative specifiche	N. Infermieri formati per Primary Nursing/n. Infermieri assegnati > 80% Riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro avviati => almeno un incontro a trimestre	Evidenza dei percorsi formativi attuati Verbalì delle riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro, con le presenze degli operatori	50 Strutture di degenza (escluse Medicina interna e Dialisi)	
--	---	---	---	--

Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica				
Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso	Semestre
Predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Produzione di un documento che evidenzi le modalità per gestire l'assenza		50 DH Cresm Amb. Neurologia Servizio Trasfusionale Centro Endoscopico Amb FPR Amb. Cardio Emodinamica Amb e DH MFNR Laboratorio Analisi	I°+ II° SEMESTRE
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022. Report Controllo di Gestione /SII		50 DH Cresm Amb. Neurologia Centro Endoscopico Amb FPR Amb. Cardio Emodinamica Amb e DH MFNR Laboratorio Analisi	
Predisposizione di una procedura, in condivisione con SC Neurologia, per l'attività di aferesi nei pazienti con diagnosi neurologiche	Evidenza della Procedura elaborata		50 Servizio Trasfusionale	
Sorveglianza di un set di esiti assistenziali	Applicazione del protocollo di studio di sorveglianza degli esiti assistenziali Nomina di un Referente Infermieristico di struttura		50 Tutte le strutture di degenza	
Implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel secondo semestre 2023	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 MFNR – Psichiatria – Neurologia	
Avvio del processo di implementazione di un modello assistenziale personalizzato (Primary Nursing), attraverso l'adozione di azioni organizzative e formative specifiche	N. Infermieri formati per Primary Nursing/n. Infermieri assegnati > 80% Riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro avviati => almeno un incontro a trimestre	Evidenza dei percorsi formativi attuati Verbalì delle riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro, con le presenze degli operatori	50 Strutture di degenza (esclusa Psichiatria, MFNR e Neurologia)	

Obiettivi Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione				
Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso	Semestre

Coordinamento gruppi di lavoro per predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Report che evidenzi il percorso attuato e i documenti prodotti		5	I°+ II° SEMESTRE
Coordinamento dello studio di sorveglianza di un set di esiti assistenziali	Report dello studio di sorveglianza degli esiti assistenziali		10	
Coordinamento del progetto di implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	Report del processo di implementazione del modello assistenziale con riferimento agli indicatori del progetto		2.5	
Coordinamento del progetto per l'implementazione di un modello assistenziale personalizzato (Primary Nursing), attraverso l'adozione di azioni organizzative e formative specifiche	Report del processo di implementazione del modello assistenziale personalizzato con riferimento agli indicatori del progetto		2.5	

Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)				
Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso	Semestre
Predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Produzione di un documento che evidenzi le modalità per gestire l'assenza		50	I°+ II° SEMESTRE
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	



Struttura Affari Generali
Relazione di Pubblicazione

Delibera N. 203 del 05/09/2023

Oggetto: MODIFICA ED INTEGRAZIONE DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2023/2025 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 210 DEL 31.03.2023

La su estesa deliberazione viene oggi pubblicata all'Albo Pretorio per quindici giorni consecutivi sul sito informatico dell'AOU San Luigi Gonzaga.

06/09/2023

Sottoscritta dal funzionario incaricato
(BERTOLO FULVIA)