



*Azienda Ospedaliero-Universitaria  
San Luigi Gonzaga  
di Orbassano*

## **DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO**

**N. 454 del 29/12/2023**

**Oggetto: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2024 DELL'AOU SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO**

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\_1727361.pdf.p7m

E6E108743B0C9572A775DE3F6D02B3A4301FAF8900CA35CEFB19429F40195530436C67E37A05420765E616  
BC91DDE3C5D4ED4C0F85E7E46712E7E59D99008BCF

- ALLEGATO DELIBERA PIANO PERFORMANCE 2024.pdf.p7m

8B334FB5CA08B899BE7E0359A7C9905BAC90AF73CA21A1FA66DF942AE9B4F48B7DC327178088B1783E6D9  
F600B6077626FAE6594AF89A0E5BFFE90110E884623

- PTECN\_DEL\_1727361.pdf.p7m

C4AA1A7FE65C1F746CAC378AE52A136812D06D07757A41D8E1ADC07A4393E3A0E2536FAA2AFA3BA469BBA  
ED794BD92EED79D69022C2138454E3AE587F0F9C378

**Sistema Sanitario Regionale del Piemonte**



Azienda Ospedaliero-Universitaria  
San Luigi Gonzaga  
di Orbassano

**OGGETTO:** ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2024 DELL'AOU SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO

Struttura proponente: S.C. Risorse Umane

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

Dott. CANOVA CRISTIANO

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<br><br>Dott.ssa ANTONELLA RINAUDO<br><br>(Sottoscritto digitalmente ai sensi<br>dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.) | Il Direttore Sanitario<br><br>Dr. SALVATORE DI GIOIA<br><br>(Sottoscritto digitalmente ai sensi<br>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 le seguenti disposizioni normative riferite alla materia in trattazione:

- l'art. 5 del D.Lgs 150/09, il quale stabilisce che il conseguimento degli obiettivi costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa;
  - l'art. 10 del suddetto decreto che dispone che ogni azienda debba predisporre annualmente il Piano della Performance, documento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi e gli indicatori sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;
  - l'art. 6 del D.L. n. 80/21, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, che ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), inteso come documento unico di programmazione finalizzato ad assorbire, tra l'altro, il Piano della Performance;
- dato atto che, nelle more dell'emanazione della D.G.R. relativa all'assegnazione degli obiettivi regionali anno 2024, la Direzione Aziendale intende assegnare per il detto anno, alle articolazioni aziendali, gli obiettivi considerati prioritari secondo le consolidate indicazioni regionali, correlati;
- **per le Strutture Sanitarie**
    - al mantenimento/miglioramento della produzione,
    - all'appropriatezza prescrittiva,
    - alla riduzione della degenza media,
    - al Fascicolo Sanitario Elettronico,
    - alla Telemedicina ed alla gestione del Boarding.
  - **per le Strutture Amministrative**
    - agli adempimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione,
    - al rispetto del budget,
    - agli interventi correlati al PNRR.
- dato atto altresì che, rispettivamente in data 20.12.2023 e 29.12.2023 i suddetti obiettivi sono stati presentati, discussi e condivisi con il Collegio di Direzione e con i Direttori/Responsabili delle Strutture Amministrative e Tecniche ed in data 21.12.2023 gli stessi sono stati presentati all'Organismo Indipendente di Valutazione;
- ritenuto pertanto di procedere all'assegnazione alle articolazioni aziendali, per l'anno 2024, degli obiettivi aziendali declinati negli allegati prospetti, precisando che gli stessi saranno inseriti, quale Piano della Performance, nella relativa sezione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2024-2026, da adottarsi entro il 31.01.2024;
- rilevato che il presente provvedimento viene proposto dal Direttore f.f. della S.C. Risorse Umane, che lo sottoscrive;
- considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa e la legittimità del contenuto della stessa;

- acquisiti i pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 3, comma 1-quinquies del D.Lgs 30.12.1992 e s.m.i;
- per quanto sopra considerato e ritenuto

### **DELIBERA**

1. di adottare il Piano della Performance anno 2024, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che sarà inserito nella relativa sezione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2024-2026, da adottarsi entro il 31.01.2024;
2. di assegnare pertanto, per l'anno 2024, ai Direttori/Responsabili ed al personale di tutte le Strutture dell'Azienda nonché agli specialisti ambulatoriali, ai titolari degli incarichi di programma ed al personale amministrativo e tecnico afferente ai dipartimenti universitari, gli obiettivi con i relativi pesi ed indicatori, elencati nelle tabelle dell'Allegato n. 1) del presente atto;
3. di dare atto che, presupposto per il raggiungimento degli obiettivi - con riconoscimento del relativo trattamento di risultato/produttività - da parte dei Direttori/Responsabili sarà la condivisione degli stessi con il relativo personale;
4. di precisare che tali obiettivi saranno modificati/integrati, con successivo provvedimento, alla luce di quelli regionali definiti con la relativa DGR;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale per quanto di competenza;
6. pubblicare il presente atto sul sito istituzionale dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano sezione "*Amministrazione Trasparente - Performance - Piano della Performance*";
7. di pubblicare il presente provvedimento, per quindici giorni consecutivi, sul sito informatico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi Gonzaga;
8. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 L.R.10/95, trattandosi di obiettivi assegnati a decorrere dal 01/01/2024.

**IL COMMISSARIO  
Dr. DAVIDE MINNITI**

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

Allegato n. 1: Piano della Performance 2024

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

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

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS        | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                                                                                                  | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                      | Valore atteso / Standard                 | Peso % | Albero della performance - pilastro   | Semestre |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------|---------------------------------------|----------|
|                             |                                  | Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica                                                                                                                        | Almeno 4 verbali di incontro/anno                                                                                                                                                                                                               | 4/anno                                   | 20     | Area qualità clinica ed assistenziale |          |
|                             |                                  | Monitoraggio compilazione checklist per la sicurezza in sala operatoria                                                                                                                                                                                | Elaborazione report di analisi stratificata per struttura organizzativa                                                                                                                                                                         | Presenza report e rilevazione check list | 40     | Area qualità clinica ed assistenziale |          |
| Staff Direzione Generale    | Maurizia RINALDI<br>S.S. Qualità | Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.                                                                                                                          | Almeno 4 verbali di incontro/anno                                                                                                                                                                                                               | 4 verbali/anno                           | 10     | Area qualità clinica ed assistenziale |          |
|                             |                                  | Contribuire all'incremento > 10% rispetto all'anno 2023 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo).                                                                                                     | Monitoraggio mensile, audit strutture coinvolte e report finale in collaborazione con CdG                                                                                                                                                       | /                                        | 30     | Area qualità clinica ed assistenziale |          |
|                             |                                  | Contribuire al miglioramento nella gestione e misurazione del boarding, con tempo medio di permanenza (boarding) in PS ≤ 6 h (nel rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica)                                                    | Monitoraggio degli indicatori previsti dal Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali. Report finale DMPO.                                                                                            | /                                        | 30     | Area qualità clinica ed assistenziale |          |
|                             |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                        | Rilevazione su boarding e audit clinico assistenziale e organizzativo almeno mensile tra le unità operative coinvolte ai fini della riduzione del boarding, in collaborazione con MECAU, in relazione al piano di gestione del sovraffollamento | /                                        | 30     | Area qualità clinica ed assistenziale |          |
|                             |                                  | 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<br>2) report finale al 31.12.2024 (riferito ai dati 01/01/24 - 30/09/24)                                                                                                   | /                                        | 35     | Area Gestione Spesa                   |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                              | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valore atteso / Standard  | Peso %                               | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| Staff Direzione Generale    | Emanuele D. RUFFINO<br>S.S. Controllo di Gestione      | Pubblicazione report economico sperimentale dei volumi di attività (produzione monitorata) per struttura sulla Intranet Aziendale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Evidenza pubblicazione entro il bimestre successivo al trimestre di riferimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                         | 15                                   | Area Gestione Spesa                 |          |
|                             |                                                        | 1) Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativo a completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24<br>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<br>3) Implementazione su ABACO dei flussi "in uscita" dell'attività con flusso "C" e "SDO"<br>4) Implementazione di un sistema di monitoraggio periodico dell'andamento della produzione (anche con dati dei flussi in "uscita") e dei costi di ogni struttura. Il sistema può essere complementare o inserito all'interno della scheda di budget. | 1) Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2024 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII<br>2) Presenza di una scheda di budget mensile sia informatica che cartacea da consegnare alla direzione Strategica almeno per ogni mese<br>3) Presenza su "ABACO" dei flussi in "uscita" aggiornato almeno ogni 30 giorni<br>4) Presenza di un sistema di monitoraggio con i dati richiesti con periodicità mensile | 1-2-3-4) Dicotomico:SI/NO | 1)12,5<br>2)12,5<br>3)12,5<br>4)12,5 | Area Organizzativa                  |          |
| Staff Direzione Generale    | Federico SPOLETTI<br>Servizio Prevenzione e Protezione | Definizione cronoprogramma attivazione DVR per struttura e non per rischio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aggiornamento documentale DVR entro 31/12/2024. Presentazione proposta di misure di intervento a fronte di situazioni critiche.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Evidenza documentale      | 50                                   | Area Organizzativa                  |          |
|                             |                                                        | Valutazione Stress Lavoro Correlato (SLC)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Conclusione valutazione SLC di tutti i gruppi omogenei. Proposta di misure di intervento a fronte di situazioni critiche.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Evidenza documentale      | 40                                   | Area Organizzativa                  |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                               | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                                         | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Valore atteso / Standard                                                                                                                                                                                                                                                            | Peso %         | Albero della performance - pilastro   | Semestre                        |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------|---------------------------------|
|                             |                                                         | Attuare misure in materia di prevenzione della corruzione                                                                                                                                     | Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica.                                                                                                                                                            | Evidenza documentale                                                                                                                                                                                                                                                                | 10             | Area Organizzativa                    |                                 |
| Line Direzione Sanitaria    | Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio | Concorrere al mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso), con contenimento dei costi.                                     | Miglior valore tra anni 2019 e 2023/ Costi diretti ≤ 2023<br>Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG. Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento | /                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 25             | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
|                             |                                                         | Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024                                                                                                                                    | Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.                                                                                   | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                | 25             | Area qualità clinica ed assistenziale | <b>Obiettivo Regionale 2023</b> |
|                             |                                                         | Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.                                                                                          | A) Stesura PDTA<br>B) Incontri associazione malati<br>C) Report di verifica attività                                                                                                                                                                                                                 | A) Pubblicazione su intranet<br>B) Almeno 6 incontri l'anno<br>C) 6 report/anno, in collaborazione con CdG                                                                                                                                                                          | A) 5 B)10 C)10 | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
|                             |                                                         | Contribuire al raggiungimento dello standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso )                                                            | Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG                                                                                                                                                                                                                             | /                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 25             | Area Organizzativa                    |                                 |
|                             |                                                         | Attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e di contrasto all'antibiotico resistenza in accordo con le attività previste dal PNCAR (indicatori 4-6-7 Regione Piemonte) | A) adesione al sistema di sorveglianza speciale enterobatteri resistenti ai carbapenemici<br>B) adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert<br>C) partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico                                                       | A) evidenza produzione report quadrimestrale su infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemici<br>B) evidenza di adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert, con report annuale<br>C) evidenza di partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni | A) 5 B)10 C)10 | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

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

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                  | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Indicatore                                                                                                                                                                        | Valore atteso / Standard                                                                                                                                           | Peso % | Albero della performance - pilastro   | 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 periodo 2019-2020-2021-2022-2023 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03, con relativo monitoraggio ed almeno 2 audit inerenti                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2024 | Spesa indotta nel 2024 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel periodo 2019-2020-2021-2022-2023 e la spesa indotta nel 2023; almeno 2 audit inerenti. | 30     | Area Gestione Spesa                   | Obiettivo Regionale 2023 |
|                             |                                            | Verifica trimestrale coerenza tra costi aziendali rilevati da Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) tenendo conto delle eventuali note di credito. | Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO)                      | 100% con scostamento massimo ammissibile pari al ± 2 % sul valore annuale e ± 5 % sui valori trimestrali                                                           | 30     | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                             |                                            | Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024                                                         | Valore 2024≤2023                                                                                                                                                   | 20     | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                             |                                            | Audit risparmio spesa farmaci.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altospendenti                                                                              | Almeno 3 audit/anno                                                                                                                                                | 20     | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                             |                                            | 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%                                                                                                                                                              | 15     | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                             | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                    | Descrizione obiettivo                                                               | Indicatore                                                                                                                        | Valore atteso / Standard                                                                                                                              | Peso %                   | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Dipartimento strutturale di area medica e specialistica | Alessandra CHINAGLIA<br>S.C.D.O. Cardiologia | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                        | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                           | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP                                                                     | 20                       | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                         |                                              | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale. | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                              | Almeno +20% vs anno 2023                                                                                                                              | 15                       | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                         |                                              | Incremento performances                                                             | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                      | A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023<br>B) Costi diretti ≤2023                                     | A)30<br>B)20             | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e specialistica | Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia         | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                        | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                           | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP                                                                     | 15                       | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                         |                                              | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale. | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                              | Almeno +20% rispetto all' anno 2023                                                                                                                   | 15                       | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                         |                                              | Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.   | A) Stesura PDTA<br>B) Appropriately prescriptive<br>C) Incontri associazione malati<br>D) Report di verifica trimestrale attività | A) Pubblicazione su intranet<br>B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023<br>C) Almeno 3 incontri l'anno<br>D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG | A)5<br>B)5<br>C)5<br>D)5 | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                         |                                              | Incremento performances                                                             | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                      | A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023                                                               | A)30<br>B)20             | Area Gestione Spesa                   |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                             | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                                                          | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                | Valore atteso / Standard                                                                                          | Peso %       | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Dipartimento strutturale di area medica e specialistica | f.f. Sabrina DAL FIOR<br>S.C.D.O. Medicina Fisica<br>Neuroriabilitazione           | Tempi di degenza .                                                                                                                                                              | Rispetto dei tempi di degenza massimi previsti dalla normativa.                                                           | Giornate di degenza massima ≤ valori soglia previsti dalla norma                                                  | 15           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                         |                                                                                    | Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.                       | Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024 | Valore 2024≤2023                                                                                                  | 10           | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                                                         |                                                                                    | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                                                                                             | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                      | Almeno +20% rispetto all' anno 2023                                                                               | 25           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                         |                                                                                    | Incremento performances                                                                                                                                                         | A) Aumento valorizzazione economica<br>Contenimento spesa                                                                 | A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023<br>B) Costi diretti ≤2023 | A)30<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e specialistica | f.f. Marisa PAUTASSO<br>S.C.D.O. Laboratorio<br>Analisi Cliniche e Microbiologiche | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                                                                    | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                   | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤<br>Numero prestazioni prenotate CUP                               | 30           | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                         |                                                                                    | Studio preliminare per l'organizzazione della gestione CORELAB settore chimica clinica secondo metodologia LEAN per il contenimento dei costi e l'ottimizzazione delle risorse. | Produzione di uno studio di fattibilità ed ipotesi organizzativa, con particolare attenzione a: spesa/personale/TAT       | Valori 2024≤2023                                                                                                  | 20           | Area Organizzativa                    |                          |
|                                                         |                                                                                    | Incremento performances                                                                                                                                                         | Aumento attività di laboratorio erogata rispetto a 2023                                                                   | Valorizzazione +5% rispetto al 2023                                                                               | 50           | Area Gestione Spesa                   |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

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

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

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

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                             | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                         | Descrizione obiettivo                                                                                        | Indicatore                                                                                                                                                             | Valore atteso / Standard                                                                                                                              | Peso %                   | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
|                                                         |                                                   | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                          | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                                                                   | Almeno +20% rispetto all'anno 2023                                                                                                                    | 10                       | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                         |                                                   | Incremento performances                                                                                      | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                           | A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023<br>B) Costi diretti ≤2023                                     | A)30<br>B)20             | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e specialistica | Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica | Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024                                                   | Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali. | 100%                                                                                                                                                  | 20                       | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                         |                                                   | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                 | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤<br>Numero prestazioni prenotate CUP                                                                   | 20                       | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                         |                                                   | Incremento performances                                                                                      | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                           | A) AMB: +25% rispetto al 2023; D.H: +30% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023                                                                   | A)40<br>B)20             | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e specialistica | Franca NAPOLI S.S. Servizio Trasfusionale         | Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.                                   | A) Stesura PDTA<br>B) Appropriately prescrivere<br>C) Incontri associazione malati<br>D) Report di verifica trimestrale attività                                       | A) Pubblicazione su intranet<br>B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023<br>C) Almeno 3 incontri l'anno<br>D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG | A)5<br>B)5<br>C)5<br>D)5 | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                         |                                                   | Appropriatezza trasfusionale: verifiche audit della procedura per il corretto utilizzo di sangue e derivati. | A) organizzazione di corso FAD annuale sulla sicurezza trasfusionale<br>B) raccolta delle non conformità<br>C) audit presso i reparti coinvolti nelle non-conformità   | A) Si/No<br>B) Si/No<br>C) Si/No                                                                                                                      | A)5<br>B)5<br>C)5        | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                         | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                     | Descrizione obiettivo                                                                                                | Indicatore                                                                                                                                                             | Valore atteso / Standard                                                                                                       | Peso %         | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------------------------|
|                                                     |                                               | Promozione e partecipazione al progetto: "Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici | Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale                                                                                                             | Numero di pazienti candidabili valutati anno 2024 per avvio a percorso PBM ≥ 2% del numero di interventi in elezione anno 2023 | 15             | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                               | Incremento performances                                                                                              | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                           | A) AMB: +20% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤ 2023                                                                       | A) 30<br>B) 20 | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | f.f. Isa Rita BERGOGLIO<br>S.C.D.O. Geriatria | Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024                                                           | Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali. | 100%                                                                                                                           | 10             | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                               | Degenza media.                                                                                                       | Riduzione tempi degenza medi R.O.                                                                                                                                      | Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019                                                                | 25             | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                               | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                                  | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                                                                   | Almeno +50% anno 2023                                                                                                          | 15             | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                               | Incremento performances                                                                                              | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                           | A) R.O.: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023<br>B) Costi diretti ≤ 2023            | A) 30<br>B) 20 | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Massimo TERZOLO<br>S.C.D.U. Medicina Interna  | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                         | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP                                              | 10             | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                               | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                                  | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                                                                   | Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina                                                                       | 10             | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                         | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                                      | Descrizione obiettivo                                                                                                                               | Indicatore                                                                                                                 | Valore atteso / Standard                                                                                           | Peso %       | Albero della performance - pilastro   | Semestre                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------|
|                                                     |                                                                | Degenza media.                                                                                                                                      | Riduzione tempi degenza medi R.O.                                                                                          | Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019                                                    | 30           | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
|                                                     |                                                                | Incremento performances                                                                                                                             | A) Aumento valorizzazione economica<br>Contenimento spesa                                                                  | A) R.O.: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023<br>B) Costi diretti ≤2023 | A)30<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                                 |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Marco VOLANTE S.C.D.U. Anatomia Patologica                     | Recupero prestazioni screening oncologici colorettrale 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<br>COPERTURA ESAMI: min. 35%                                                 | 25           | Area qualità clinica ed assistenziale | <b>Obiettivo Regionale 2023</b> |
|                                                     |                                                                | Incremento performances                                                                                                                             | Aumento valorizzazione economica                                                                                           | +3% rispetto al 2023                                                                                               | 35           | Area Gestione Spesa                   |                                 |
|                                                     |                                                                | Incremento performances                                                                                                                             | Contenimento spesa                                                                                                         | Costi diretti ≤2023                                                                                                | 40           | Area Gestione Spesa                   |                                 |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                                        | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                    | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤<br>Numero prestazioni prenotate CUP                                | 15           | Area qualità clinica ed assistenziale | <b>Obiettivo Regionale 2023</b> |
|                                                     |                                                                | Degenza media.                                                                                                                                      | Riduzione tempi degenza medi R.O.                                                                                          | Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019                                                    | 25           | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
|                                                     |                                                                | Collaborazione alla realizzazione del nuovo centro trapianti e relative procedure.                                                                  | Evidenza documentale.                                                                                                      | Sì/No                                                                                                              | 10           | Area Organizzativa                    |                                 |
|                                                     |                                                                | Incremento performances                                                                                                                             | A) Aumento valorizzazione economica<br>Contenimento spesa                                                                  | A) R.O.: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023<br>B) Costi diretti ≤2023 | A)30<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                                 |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                         | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                                                 | Descrizione obiettivo                                                                                                             | Indicatore                                                                                                                                                                                      | Valore atteso / Standard                                                                   | Peso %       | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Silvia NOVELLO S.C.D.U. Oncologia Medica                                  | Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023 | Spesa farmaceutica                                                                                                                                                                              | Spesa farmaceutica < 2023                                                                  | 30           | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                                                     |                                                                           | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                                               | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                                                                                            | Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina                                   | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                                                           | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                      | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                                         | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤<br>Numero prestazioni prenotate CUP        | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                                                           | Incremento performances                                                                                                           | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                                                    | A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023    | A)30<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza | Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024                                                                        | Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali. (al netto del fasttrack) | 100%                                                                                       | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                                                           | Reengineering per livelli di complessità.                                                                                         | Progettazione e presentazione piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.                                                                                                | A) Implementazione progetto entro 30/4<br>B) Applicazione e monitoraggio progetto dal 1 /5 | A 10<br>B 10 | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                                                           | Diminuzione proporzione ricoveri da P.S.                                                                                          | Riduzione dei ricoveri interni provenienti da Pronto Soccorso                                                                                                                                   | Valore 2024<2023                                                                           | 30           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                         | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                 | Descrizione obiettivo                                                     | Indicatore                                                                                                                               | Valore atteso / Standard                                                          | Peso %       | Albero della performance - pilastro   | Semestre                        |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------|
|                                                     |                                           | Degenza media.                                                            | Riduzione tempi degenza medi R.O.                                                                                                        | Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019                   | 30           | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica | Incremento prestazioni erogate in fascia oraria serale.                   | Sviluppo di un progetto organizzativo mirato all'incremento dell'attività erogata in fascia oraria serale                                | Incremento ≥10% prestazioni in fascia oraria serale                               | 20           | Area Gestione Spesa                   |                                 |
|                                                     |                                           | Audit di appropriatezza prescrittiva esami/accertamenti radiodiagnostici. | Organizzazione audit/focus group dedicati al miglioramento dell'appropriatezza delle richieste.                                          | Organizzazione di almeno 4 audit/focus group nel 2024                             | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
|                                                     |                                           | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati              | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                  | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale | <b>Obiettivo Regionale 2023</b> |
|                                                     |                                           | Incremento performances                                                   | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                             | A)AMB: +10% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤ 2023                           | A)30<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                                 |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Simona ALLIS S.S. Radioterapia            | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati              | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                  | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale | <b>Obiettivo Regionale 2023</b> |
|                                                     |                                           | Piano d'azione nuovo acceleratore lineare.                                | Stesura di un piano d'azione globale volto ad ottimizzare la produttività della nuova apparecchiatura nei tempi più ristretti possibili. | Sì/No                                                                             | 20           | Area Organizzativa                    |                                 |
|                                                     |                                           | Incremento performances                                                   | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                             | A) AMB: +30% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤ 2023                          | A)40<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                                 |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

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

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                         | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                            | Descrizione obiettivo                                                                                   | Indicatore                                                                                                           | Valore atteso / Standard                                                                                                                                    | Peso %                     | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
|                                                     |                                                      | Incremento performances                                                                                 | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                         | A) AMB: +20% rispetto al 2023; D.H: +20% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023                                                                         | A)40<br>B)20               | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                     | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                 | Raggiungimento soglia 400 visite erogate in modalità telemedicina/2024                                                                                      | 20                         | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                                      | Progettazione ed attuazione di un piano di collaborazione e sinergia con Servizio diabetologia Asl To3. | Sviluppo procedure condivise per la presa in carico di pazienti Asl TO3                                              | Evidenza procedure adottate                                                                                                                                 | 10                         |                                       |                          |
|                                                     |                                                      | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                            | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                              | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤<br>Numero prestazioni prenotate CUP                                                                         | 20                         | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                                      | Incremento performances                                                                                 | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                         | A) AMB: +20% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023                                                                                                     | A)30<br>B)20               | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                                                     |                                                      | Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.                              | A) Stesura PDTA<br>B) Appropriately prescrivere<br>C) Incontri associazione malati<br>D) Report di verifica attività | A) Pubblicazione su intranet<br>B) Riduzione spesa farmaceutica rispetto 2023<br>C) Almeno 6 incontri l'anno<br>D) 6 report/anno, in collaborazione con CdG | A)10<br>B)5<br>C)10<br>D)5 | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                                      | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                     | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                 | Almeno +50% di visite erogate in modalità telemedicina rispetto all' anno 2023                                                                              | 10                         | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                         | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                                                  | Descrizione obiettivo                                                                                                             | Indicatore                                                                                                                                                             | Valore atteso / Standard                                                                                                       | Peso %                     | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                      | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤ Numero prestazioni prenotate CUP                                               | 10                         | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                                                            | Incremento performances                                                                                                           | A) Aumento valorizzazione economica<br>Contenimento spesa                                                                                                              | B) A) D.H.: incremento attività rispetto al 2023; AMB: +10%<br>B) Costi diretti ≤2023                                          | A)30<br>B)20               | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare                                  | Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023 | Spesa farmaceutica                                                                                                                                                     | Spesa farmaceutica < 2023                                                                                                      | 30                         | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                                                     |                                                                            | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                                               | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                                                                   | Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina                                                                       | 10                         | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                                                            | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                      | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤ Numero prestazioni prenotate CUP                                               | 10                         | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                                                            | Incremento performances                                                                                                           | A) Aumento valorizzazione economica<br>Contenimento spesa                                                                                                              | B) A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023                                     | A)30<br>B)20               | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico                       | Completamento progetto FSE entro 31/12/2024                                                                                       | Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali. | 100%                                                                                                                           | 20                         | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                                                            | Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.                                                      | A) Stesura PDTA<br>B) Appropriatezza prescrittiva<br>C) Incontri associazione malati<br>D) Report di verifica trimestrale attività                                     | A) Pubblicazione su intranet<br>B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023<br>C) Almeno 2 incontri l'anno<br>D) 4 report/anno, in | A)10<br>B)5<br>C)10<br>D)5 | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                         | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                                    | Descrizione obiettivo                                                               | Indicatore                                                                                                                                                                                                         | Valore atteso / Standard                                                                            | Peso %       | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------------------|
|                                                     |                                                              | Incremento performances                                                             | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                                                                       | A) D.H.: incremento attività rispetto al 2023; AMB: +25% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023 | A)30<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia                   | Completamento progetto FSE entro 31/12/2024                                         | Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.                                             | 100%                                                                                                | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                                              | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale. | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                                                                                                               | Raggiungimento soglia 150 prestazioni erogate in modalità Telemedicina/anno                         | 15           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                                              | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                        | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                                                            | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤ Numero prestazioni prenotate CUP                    | 15           | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                                              | Incremento performances                                                             | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                                                                       | A) D.H.: +5% rispetto al 2023; AMB:+5% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023                   | A)40<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area medica e oncologia | Marco Maria TINIVELLA S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica | Completamento progetto FSE entro 31/12/2024                                         | Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali. | 100%                                                                                                | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                     |                                                              | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale. | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                                                                                                               | Raggiungimento soglia 600 prestazioni in Telemedicina/anno                                          | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                     |                                                              | Progetto "DIETOLOGIA" e Progetto "Riduzione costi derrate/alimenti".                | Sviluppo di progetti mirati alla razionalizzazione                                                                                                                                                                 | Contenimento spesa di almeno 100.000 euro su base annua rispetto al 2023                            | 20           | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                                                     |                                                              | Incremento performances                                                             | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                                                                       | A) AMB: +5% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023                                              | A)30<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                              | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                           | Descrizione obiettivo                                                                                                             | Indicatore                                                                                                                       | Valore atteso / Standard                                                                                              | Peso %       | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | Pietro CAIRONI<br>S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione | Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023 | Spesa farmaceutica                                                                                                               | Spesa farmaceutica ≤2023                                                                                              | 20           | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                                                          |                                                     | Degenza media.                                                                                                                    | Riduzione tempi degenza medi R.O.                                                                                                | Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019                                                       | 30           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                          |                                                     | Controllo tempi di riammissione pazienti Terapia Intensiva                                                                        | Tasso di pazienti dimessi dal reparto e nuovamente riammessi entro 72h in Terapia Intensiva San Luigi o T.I. di altro nosocomio. | ≤1,5% totale pazienti/anno                                                                                            | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                          |                                                     | Incremento performances                                                                                                           | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                     | A) D.H.: +5% rispetto al 2023; AMB:+5% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023                                     | A)15<br>B)15 | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | Raffaele NUZZI<br>S.C.D.U. Oftalmologia             | Predisposizione/programmazione sale CAC                                                                                           | 3 sedute operatorie di CAC                                                                                                       | 3 sedute alla settimana                                                                                               | 15           | Area Organizzativa                    |                          |
|                                                          |                                                     | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                      | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                          | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤<br>Numero prestazioni prenotate CUP                                   | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                          |                                                     | Governo, gestione e recupero tempi di attesa- prestazioni ambulatoriali                                                           | Riduzione tempi di attesa medi area oftalmologica.                                                                               | Valori 2024<2023                                                                                                      | 25           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                          |                                                     | Incremento performances                                                                                                           | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                     | A) R.O.: + 10% rispetto al 2023 ; AMB: + 50% rispetto al 2023; D.H.: + 30% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023 | A)30<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                              | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                         | Descrizione obiettivo                                                                                                                      | Indicatore                                                                                                                                                                       | Valore atteso / Standard                                                                                          | Peso %       | Albero della performance - pilastro   | Semestre                        |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------|
|                                                          | f.f. Massimo RIZZO<br>S.C.D.U. Chirurgia Generale | Case MIX.                                                                                                                                  | Aumento complessità dell'attività chirurgica.                                                                                                                                    | Peso medio DRG chirurgico > 2019                                                                                  | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
|                                                          |                                                   | Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.                                                  | Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. | ≥70%                                                                                                              | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
|                                                          |                                                   | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                               | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                          | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤<br>Numero prestazioni prenotate CUP                               | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale | <b>Obiettivo Regionale 2023</b> |
|                                                          |                                                   | Incremento performances                                                                                                                    | A) Aumento valorizzazione economica<br>Contenimento spesa                                                                                                                        | A) R.O.: +20% rispetto al 2023; AMB: +10% rispetto al 2023; D.H.: +15% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023 | A)30<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                                 |
| Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | Francesco LEO<br>S.C.D.U. Chirurgia Toracica      | Stesura progetto di gestione per la presa in carico dei pazienti trasferiti da altri nosocomi                                              | Redazione progetto                                                                                                                                                               | Evidenza documentale entro 30/06/2024                                                                             | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
|                                                          |                                                   | Presentazione di un progetto innovativo in ambito chirurgico volto ad incremento attività, efficientamento, miglioramento qualità di cura. | Redazione di progetto                                                                                                                                                            | Sì/No                                                                                                             | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale |                                 |
|                                                          |                                                   | Incremento performances                                                                                                                    | A) Aumento valorizzazione economica<br>Contenimento spesa                                                                                                                        | A) R.O.: +10% rispetto al 2023; AMB: +5% rispetto al 2023; D.H.: +3% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023   | A)40<br>B)30 | Area Gestione Spesa                   |                                 |
| Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | Monica PENTENERO<br>S.C.D.U. Odontostomatologia   | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                               | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                          | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024≤<br>Numero prestazioni prenotate CUP                               | 25           | Area qualità clinica ed assistenziale | <b>Obiettivo Regionale 2023</b> |
|                                                          |                                                   | Incremento performances                                                                                                                    | A) Aumento valorizzazione economica<br>Contenimento spesa                                                                                                                        | A)R.O.:+8% rispetto a 2023; D.H.: +10% rispetto al 2023; AMB:+10% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023      | A)50<br>B)25 | Area Gestione Spesa                   |                                 |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                              | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                              | Descrizione obiettivo                                                                                                                | Indicatore                                                                                                                                                                                                 | Valore atteso / Standard                                                                                        | Peso %       | Albero della performance - pilastro   | Semestre                 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | Filippo CASTOLDI<br>S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia | Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni. | Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore) | ≥70%                                                                                                            | 35           | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                          |                                                        | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                         | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                                                    | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP                               | 5            | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                          |                                                        | Incremento performances                                                                                                              | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                                                               | A) R.O: +10% rispetto al 2023; AMB: +5% rispetto al 2023; D.H: +5% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023   | A)40<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                          |
| Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | Giovanni CAVALLIO<br>S.C.D.U. Otorinolaringoiatria     | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                         | Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP                                                                                                                                                    | Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP                               | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale | Obiettivo Regionale 2023 |
|                                                          |                                                        | Case MIX.                                                                                                                            | Aumento complessità dell'attività chirurgica.                                                                                                                                                              | Incremento indice case mix rispetto al 2023                                                                     | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                          |                                                        | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                                                  | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                                                                                                       | Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina                                                        | 10           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |
|                                                          |                                                        | Incremento performances                                                                                                              | A) Aumento valorizzazione economica<br>B) Contenimento spesa                                                                                                                                               | A) R.O: +20% rispetto al 2023; AMB: +15% rispetto al 2023; D.H: +10% rispetto al 2023<br>B) Costi diretti ≤2023 | A)50<br>B)20 | Area Gestione Spesa                   |                          |
|                                                          |                                                        | Progetto I.A.                                                                                                                        | Implementazione Centro IA ad indirizzo clinico-gestionale                                                                                                                                                  | Evidenza di attivazione entro giugno 2024                                                                       | 10           | Area Organizzativa                    |                          |
|                                                          |                                                        | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                                                  | Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento                                                                                                                                                       | Almeno +30% rispetto all'anno 2023                                                                              | 20           | Area qualità clinica ed assistenziale |                          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

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

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                              | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS       | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                      | Indicatore                                                                                                                                                     | Valore atteso / Standard                 | Peso % | Albero della performance - pilastro   | Semestre |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------|---------------------------------------|----------|
|                                                          |                                 | Aumento sedute                                                                                                                                                             | Incremento sedute di sala operatoria registrate anche mediante la predisposizione di progetti volti all'aumento delle stesse.                                  | 2024>2023                                | 20     | Area Organizzativa                    |          |
| Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | DE LUCA S.S.D. Day Week Surgery | Pianificazione e monitoraggio della gestione dei posti letto dipartimentali, in stretta collaborazione con il Bed Manager                                                  | Tasso di occupazione posti letto delle SS.CC. del Dipartimento Area Chirurgica                                                                                 | ≥85%                                     | 50     | Area Organizzativa                    |          |
|                                                          |                                 | Miglioramento umanizzazione ed accoglienza cure.                                                                                                                           | Predisposizione di specifici progetti volti al miglioramento anche del comfort ambientale.                                                                     | Evidenza dei documenti progettuali       | 20     | Area qualità clinica ed assistenziale |          |
|                                                          |                                 | Collaborazione al progetto di efficientamento LEAN Sale Operatorie                                                                                                         | Collaborazione alla stesura del Progetto Lean e Regolamento Sala Operatoria                                                                                    | Presenza di almeno 3 verbali di incontro | 30     | Area Organizzativa                    |          |
| Line Direzione Amministrativa                            | Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane | Rispetto del budget di spesa assegnato                                                                                                                                     | 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF<br>2) Evidenza valutazione scostamenti<br>3) Proposta interventi correttivi, ove necessari | /                                        | 50     | Area Gestione Spesa                   |          |
|                                                          |                                 | Predisposizione ipotesi CCIA Comparto                                                                                                                                      | Evidenza documento                                                                                                                                             | /                                        | 40     | Area Organizzativa                    |          |
|                                                          |                                 | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione | Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica                                             | /                                        | 10     | Area Organizzativa                    |          |
|                                                          |                                 | CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                |                                          |        |                                       |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa   | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS       | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                      | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Valore atteso / Standard | Peso %                                         | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| Line Direzione Amministrativa | Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane | Rispettare la tempistica della liquidazione fatture                                                                                                                        | Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione<br>Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura ( nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura | /                        | 30 (*)                                         | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                 | Realizzazione Piano formativo 2024                                                                                                                                         | Attivazione almeno 70% corsi previsti                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                        | 50                                             | Area Qualità                        |          |
|                               |                                 | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione | Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica                                                                                                                                                                                                 | Si/No                    | 20                                             | Area Organizzativa                  |          |
|                               |                                 | CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                |                                     |          |
|                               |                                 | 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.<br>100% studenti accertati prima dell'inizio del tirocinio                                                                                                   | /                        | Amministrativi (40)<br>Coordinatore/tutor (20) | Area Qualità                        |          |
|                               |                                 | Elaborazione in integrazione con DIPSA e DMP di progetti organizzativi/formativi.                                                                                          | Evidenza almeno 4 progetti                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | /                        | Coordinatore/tutor (80)                        | Area Qualità                        |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa   | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                     | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                                 | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valore atteso / Standard | Peso %                | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------|
| Line Direzione Amministrativa | Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane               | Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)                                                                 | Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione. Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura ( nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura | /                        | Amministrativi (40) * | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                               | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione            | Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica                                                                                                                                                                                               | /                        | Amministrativi (20)   | Area Organizzativa                  |          |
| Line Direzione Amministrativa | Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato | Rispetto del budget di spesa assegnato                                                                                                                                                | 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF<br>2) Evidenza valutazione scostamenti<br>3) Proposta interventi correttivi, ove necessari                                                                                                                                                                         | Sì/No                    | 30                    | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                               | Rispettare la tempistica della liquidazione fatture                                                                                                                                   | Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura ( nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura                                                 | Sì/No                    | 30                    | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                               | Gestione delle procedure di affidamento aziendale nell'ambito dei progetti "Sanità Digitale 1" e " Grandi apparecchiature sanitarie" PNRR , come da matrice delle competenze definite | Predisposizione atti nel rispetto del cronoprogramma aziendale. Attestazione del Direttore Amministrativo                                                                                                                                                                                                                              | Sì/No                    | 30                    | Area Organizzativa                  |          |
|                               |                                               | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione            | Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica                                                                                                                                                                                               | Sì/No                    | 10                    | Area Organizzativa                  |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa   | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                          | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                      | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Valore atteso / Standard | Peso %         | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|----------|
| Line Direzione Amministrativa | Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria | Efficientamento: circolarizzazione dei crediti e debiti aziendali relativi alle annualità 2021 e 2022 (ivi incluso note di credito/fatture da ricevere)                    | a) Report crediti e debiti 2021 e 2022.<br>b) Evidenza note di circolarizzazione 2021 e 2022<br>c) Conciliazione delle posizioni finanziarie ancora in sospeso, con evidenza degli importi attinenti le annualità 2021 e 2022, per l'allineamento delle partite creditorie e debitorie con le altre ASR. | /                        | a)10 b)10 c)10 | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                                    | Determinazione e monitoraggio dei budget di spesa delle strutture.                                                                                                         | 1) Provvedimento di assegnazione budget di spesa<br>2) Raccolta report trimestrali di monitoraggio della spesa e relazioni delle strutture su interventi correttivi, ove necessari<br>3) Analisi e valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione                               | /                        | 30             | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                                    | Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione)                                                                                      | Report SC Gestione Economico Finanziaria                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                        | 30             | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                                    | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione | Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica                                                                                                                                                                 | Sì/No                    | 10             | Area Organizzativa                  |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa   | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                        | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                      | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Valore atteso / Standard | Peso % | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| Line Direzione Amministrativa | f.f. Ivano CAVALLO<br>S.C. Tecnico e Teconologie | Conclusione procedure e/o realizzazione lavori previsti nel Piano Investimenti Aziendale o relativi al PNNR                                                                | Rispetto del cronoprogramma definito con la Direzione Generale e, in particolare:<br>- conclusione lavori Medicina Nucleare entro il 29/02/2024<br>- installazione telecamere, anche in aree esterne, in collaborazione con la SS SII, entro il 31/05/2024<br>realizzazione PL di terapia intensiva/terapia sub intensiva , interventi di adeguamento del Pronto soccorso entro 31/07/24 | Si/No                    | 30     | Area Organizzativa                  |          |
|                               |                                                  | Rispetto del budget di spesa assegnato                                                                                                                                     | 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF<br>2) Evidenza valutazione scostamenti<br>3) Proposta interventi correttivi, ove necessari                                                                                                                                                                                                                           | Si/No                    | 30     | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                                  | Realizzazione nuova Recovery Room                                                                                                                                          | Conclusione lavori 31/07/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Si/No                    | 30     | Area Organizzativa                  |          |
|                               |                                                  | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione | Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica                                                                                                                                                                                                                                                 | Si/No                    | 10     | Area Organizzativa                  |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa   | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS               | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                      | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                | Valore atteso / Standard | Peso % | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| Line Direzione Amministrativa | Marco CANNIZZO S.S. ICT                 | PNRR: digitalizzazione assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari DEA I e II livello.                                                                         | Rispetto dei tempi previsti dal PNRR e rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR                                                                                                                                                                                                | 100%                     | 40     | Area Organizzativa                  |          |
|                               |                                         | Rispetto del budget di spesa assegnato                                                                                                                                     | 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF<br>2) Evidenza valutazione scostamenti<br>3) Proposta interventi correttivi, ove necessari                                                                                                                            | Sì/No                    | 30     | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                         | Rispettare la tempistica della liquidazione fatture                                                                                                                        | Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione<br>(*) 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 | Sì/No                    | 20 (*) | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                         | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione | Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica                                                                                                                                                  | Sì/No                    | 10     | Area Organizzativa                  |          |
| Line Direzione Amministrativa | Daniele PUPPATO S.S. Ingegneria Clinica | PNRR: grandi apparecchiature                                                                                                                                               | Rispetto dei tempi previsti dal PNRR                                                                                                                                                                                                                                                      | Sì/No                    | 40     | Area Organizzativa                  |          |
|                               |                                         | Rispetto del budget di spesa assegnato                                                                                                                                     | 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF<br>2) Evidenza valutazione scostamenti<br>3) Proposta interventi correttivi, ove necessari                                                                                                                            | Sì/No                    | 20     | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                         | 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                                                                                                                                                           | Sì/No                    | 30     | Area Gestione Spesa                 |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa   | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                          | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                      | Indicatore                                                                                                                               | Valore atteso / Standard           | Peso %      | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|-------------------------------------|----------|
|                               |                                                    | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione | Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica | Si/No                              | 10          | Area Organizzativa                  |          |
| Line Direzione Amministrativa | Anna Lisa Di CUIA<br>S.S. Affari Generali e Legali | Revisione regolamento in materia di studi clinici                                                                                                                          | Presentazione bozza entro 29/02/2024                                                                                                     | Si/No                              | 40          | Area Qualità                        |          |
|                               |                                                    | Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie                                                                                                                         | Attivazione procedure di recupero coattivo                                                                                               | 100% pratiche trasmesse da SS AAAS | 20          | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                                    | Sistemazione archivio ex autorimessa e monitoraggio smaltimento                                                                                                            | a) Riallocazione spazi alle strutture b) assenza al 31/12/2024 di materiale smaltibile (tempo di conservazione scaduto)                  | /                                  | a) 15 b) 15 | Area Organizzativa                  |          |
|                               |                                                    | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione | Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica | /                                  | 10          | Area Organizzativa                  |          |
|                               |                                                    | Applicazione nuovo regolamento libera professione                                                                                                                          | Applicazione secondo il cronoprogramma definito con la Direzione, per quanto di competenza                                               | Si/No                              | 35          | Area Organizzativa                  |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa   | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS                | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                      | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Valore atteso / Standard | Peso % | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| Line Direzione Amministrativa | Patrizia MELCHIONNE S.S. SAAS            | Rispettare la tempistica della liquidazione fatture                                                                                                                        | Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione<br>Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura ( nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura | /                        | 10 (*) | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                          | Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie                                                                                                                         | Invio diffide riferite al 2020 e 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 100%                     | 50     | Area Gestione Spesa                 |          |
|                               |                                          | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione | Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica                                                                                                                                                                                                 | /                        | 5      | Area Organizzativa                  |          |
| Staff Direzione Generale      | Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali | Gestione aggiornamenti, sul sito intranet aziendale, delle aree dedicate alla comunicazione                                                                                | Pubblicazioni effettuate nei tempi richiesti-concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste = 100%<br>Evidenza tempistica pubblicazioni                                                                                                                                                                                             | /                        | 40     | Area Qualità                        |          |
|                               |                                          | Gestione attività mobility manager                                                                                                                                         | A) Attuazione misure/azioni previste nel piano di spostamenti casa-lavoro B) Pianificazioni/azioni di mobility management per il 2025                                                                                                                                                                                                    | /                        | 30     | Area Qualità                        |          |
|                               |                                          | Gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato                                                                                                                  | almeno 2 riunioni/anno; assenza di reclami                                                                                                                                                                                                                                                                                               | /                        | 30     | Area Qualità                        |          |
|                               |                                          | Gestione affissioni                                                                                                                                                        | A) Evidenza procedura pubblicata su intranet<br>B) Assenza affissioni non autorizzate                                                                                                                                                                                                                                                    | /                        | 40     | Area Qualità                        |          |

PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                       | Indicatore                                                                                                         | Valore atteso / Standard | Peso % | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| Line Direzione Sanitaria    | U.R.P.                    | Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione. | Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno 1 audit di verifica | /                        | 10     | Area Qualità                        |          |
|                             |                           | Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista.                                                                                                                   | Rispetto tempistica 100% casi                                                                                      | /                        | 50     | Area Qualità                        |          |

PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                                                               | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                                                    | Indicatore | Valore atteso / Standard                                                                                                                                                      | Peso % | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| OBIETTIVI 2024 - SPECIALISTI AMBULATORIALI                                                |                           |                                                                                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                               |        |                                     |          |
| STRUTTURA                                                                                 |                           | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                |            | INDICATORI                                                                                                                                                                    | PESO   |                                     |          |
| SCDO Neurologia                                                                           |                           | Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati                                                                                                                                             |            | vedere indicatori SCDO Neurologia                                                                                                                                             | 60     |                                     |          |
|                                                                                           |                           | Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.                                                                                                                      |            |                                                                                                                                                                               | 20     |                                     |          |
|                                                                                           |                           | Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                                               | 20     |                                     |          |
| SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica                                         |                           | 1) Valutazione psicologica di pazienti oncologici e loro caregivers,in setting ambulatoriale e ospedaliero, a cui è stata data indicazione alle cure palliative, anche precocemente in simultaneous care |            | Colloqui psicologici : almeno 15 prestazioni - cod. catalogo 94.09.4                                                                                                          | 50     |                                     |          |
|                                                                                           |                           | 2 )Applicazione di trattamento psicologico a pazienti e loro caregivers in almeno 10 casi ritenuti opportuni, dalle valutazioni del precedente obiettivo.                                                |            | 2) Trattamenti psicologici specialistici, almeno 25 prestazioni ( cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio e trattamenti specialistici ad altri pazienti ( | 50     |                                     |          |
| OBIETTIVI 2023- PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI |                           |                                                                                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                               |        |                                     |          |
| DIPARTIMENTO                                                                              |                           | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                |            | INDICATORI                                                                                                                                                                    | PESO   |                                     |          |
| Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia                 |                           | Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti gli specializzandi afferenti all'AOU San Luigi                                                                                                              |            | Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale con scadenza accertamenti ed accertamenti effettuati.Evidenza delle segnalazioni effettuate in caso di mancato         | 50     |                                     |          |
|                                                                                           |                           | Monitoraggio formazione in materia di sicurezza degli specializzandi iscritti al 1° anno o                                                                                                               |            | Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale , con evidenza azioni                                                                                                  | 50     |                                     |          |

PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo | Indicatore                                                                              | Valore atteso / Standard                                     | Peso % | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
|                             |                           |                       | degli specializzandi iscritti al 1° anno o comunque per i quali l'attestato sia scaduto | con evidenza azioni intraprese in caso di mancata formazione | 50     |                                     |          |

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

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                                                                                                         | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                       | Indicatore                                                                                                                       | Valore atteso / Standard              | Peso %                                                   | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| Collaboratori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva |                           |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                       |                                                          |                                     |          |
|                                                                                                                                     |                           | Obiettivo                                                                                                                                                                   | Indicatore                                                                                                                       | nota indicatore                       | Peso                                                     |                                     |          |
|                                                                                                                                     |                           | Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive ).                                             | Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza (<5% del totale degli ambulatori attivati, report mensile) .     | /                                     | 50<br>D.H. Urologia/ Terapia Antalgica /Amb. Proctologia |                                     |          |
|                                                                                                                                     |                           | Inserimento personale infermieristico e di supporto attraverso l'adozione del piano di formazione con il rispetto dei tempi previsti.                                       | n. Infermieri formati nel rispetto del piano di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri ed OSS inseriti<br>Standard ≥ 80% | /                                     | 30<br>Sala Operatoria                                    |                                     |          |
|                                                                                                                                     |                           | Orario sale operatorie mirato ad efficientamento                                                                                                                            | Collaborazione alla revisione degli orari di sala.                                                                               | REVISIONE ORARIO DI SALA: sì/no       | 40<br>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<br>Standard ≥ 80%                                             | /                                     | 50<br>Centrale sterilizzazione                           |                                     |          |
|                                                                                                                                     |                           | Implementazione del percorso del paziente sottoposto a chirurgia maggiore, nella fase del pre ricovero sulla base del modello ERAS                                          | Documentazione sul percorso definito                                                                                             | /                                     | 50<br>Pre ricovero                                       |                                     |          |
|                                                                                                                                     |                           | Applicazione della procedura su isolamenti da MDR in terapia intensiva                                                                                                      | Report mensile su aderenza procedura attraverso check list                                                                       | Almeno 90% di aderenza alla procedura | 50<br>Rianimazione                                       |                                     |          |
|                                                                                                                                     |                           | Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione | Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.                                              | /                                     | 30<br>Tutte le strutture di degenza (esclusa RIA)        |                                     |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo                                                                       | Indicatore                                                                                                                                                 | Valore atteso / Standard                                                     | Peso %                                                                                                                                                          | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
|                             |                           | Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo. | Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.                                                   | 12 report/anno                                                               | 50<br>DH Urologia-Terapia Antalgica-Ambulatorio Proctologia-Prericovero-RIA-Centrale di sterilizzazione<br>30<br>Sala Operatoria<br>20<br>Tutte le strutture di |                                     |          |
|                             |                           | Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing                        | N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore<br><br>Standard= > 60% nel 2024 | Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary | 50<br>Chirurgia Generale-ORL-Week Surgery-Ortopedia-Chirurgia Toracica                                                                                          |                                     |          |
|                             |                           | Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing    | N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore<br><br>Standard= > 80% nel 2024 | Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary | 50<br>Urologia                                                                                                                                                  |                                     |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                                                                                                           | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                       | Indicatore                                                                                                                      | Valore atteso / Standard                                                     | Peso %                                                                                                                                                          | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologica</b> |                           |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                 |                                                                              |                                                                                                                                                                 |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | <b>Obiettivo</b>                                                                                                                                                            | <b>Indicatore</b>                                                                                                               | <b>nota indicatore</b>                                                       | <b>Peso</b>                                                                                                                                                     |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive ).                                             | Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza (<5% del totale degli ambulatori attivati, report mensile) .    | /                                                                            | 50<br>Microcitemie<br>DH Ematologia<br>DH Oncologia Medica e Polmonare<br>Amb. Diabetologia<br>DH Internistico<br>Radiologia<br>Nutrizione clinica e Dietologia |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Completamento processo di informatizzazione delle richieste pasto dei pazienti ricoverati/operatori inamovibili.                                                            | Report mensile che evidenzia riunioni formative e assistenza operativa all'utilizzo dell'applicativo                            | 12/anno                                                                      | 50<br>Nutrizione clinica e Dietologia                                                                                                                           |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Revisione dell'organizzazione dei percorsi di archiviazione blocchetti e vetrini come da LG ministeriali.                                                                   | Riduzione dei tempi di recupero dei materiali confronto ≤15% rispetto al 2023                                                   | /                                                                            | 50<br>Anatomia Patologica                                                                                                                                       |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione | Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.                                             | /                                                                            | 30<br>Tutte le strutture di degenza                                                                                                                             |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing                                                                                                        | N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati<br>Standard= > 60% nel 2024 | Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary | 50<br>Med. Interna ematol-Geriatria-Med. Urg.-Oncologia Medica                                                                                                  |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing                                                                                    | N. pazienti assegnati ad un infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati<br>Standard= > 80% nel 2024 | Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary | 50<br>Medicina Interna – Nefrologia                                                                                                                             |                                     |          |

PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo                                                                       | Indicatore                                                                                               | Valore atteso / Standard | Peso %                                                                                                                                                                                    | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
|                             |                           | Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo. | Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo. | 12 report/anno           | 20<br>Tutte le strutture di degenza 50<br>DH Oncologia Medica/Polmonare-Anatomia Patologica-Radiologia-Nutrizione Clinica-Ambulatoria Diabete-DH Internistico-Microcitemie-DH Ematologico |                                     |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                                                                                                           | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo                                                                                                                                                       | Indicatore                                                                                                                      | Valore atteso / Standard                                                     | Peso %                                                                                                                                                                   | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica</b> |                           |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                 |                                                                              |                                                                                                                                                                          |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | <b>Obiettivo</b>                                                                                                                                                            | <b>Indicatore</b>                                                                                                               | <b>nota indicatore</b>                                                       | <b>Peso</b>                                                                                                                                                              |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive ).                                             | Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza (<5% del totale degli ambulatori attivati, report mensile) .    | /                                                                            | 50<br>DH Cresm<br>Amb. Neurologia<br>Centro Endoscopico<br>Amb FPR<br>Amb. Cardio<br>Emodinamica<br>Amb e DH MFNR<br>Laboratorio Analisi                                 |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Applicazione della procedura, in condivisione con SC Neurologia, per l'attività di aferesi nei pazienti con diagnosi neurologiche                                           | Produzione di almeno 3 verbali di audit/anno con le strutture interessate.                                                      | /                                                                            | 50<br>Servizio Trasfusionale                                                                                                                                             |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione | Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.                                             | /                                                                            | 30<br>Tutte le strutture di degenza                                                                                                                                      |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing                                                                                                        | N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati<br>Standard= > 60% nel 2024 | Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary | 50<br>Cardiologia-<br>Pneumologia                                                                                                                                        |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing                                                                                    | N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati<br>Standard= > 80% nel 2024 | Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary | 50<br>MFNR – Psichiatria –<br>Neurologia                                                                                                                                 |                                     |          |
|                                                                                                                                       |                           | Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo                                                                                  | Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.                        | 12 report/anno                                                               | 20<br>Tutte le strutture di degenza<br>50<br>DH Cresm-<br>Amb.Neurologia-Centro<br>Endoscopia-Amb. FPR-<br>Trasfusionale-Cardio<br>Emodinamica-Amb/DH<br>MFR-Lab.Analisi |                                     |          |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo | Indicatore | Valore atteso / Standard | Peso % | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|----------|

| Obiettivi Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione                                                                                                                                                            |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |        |                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------|--|
| Obiettivo                                                                                                                                                                                                                               | Indicatore                                                                                                    | valore atteso/standard                                                                                                                                                                        | Peso % | Albero della Performance-pilastro    |  |
| 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 e Assistenziale |  |
| Collaborazione al coordinamento dei gruppi aziendali specifici: fibrosi cistica, sclerosi multipla, sclerodermia, talassemia.                                                                                                           | Stesura, applicazione e monitoraggio PDTA dedicati                                                            | STESURA: SI-NO;<br>APPLICAZIONE: almeno 70% di applicazione (verificato mediante intervista ad operatori);<br>MONITORAGGIO: verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al | 30     | Area Qualità Clinica e Assistenziale |  |
| Orario sale operatorie mirato ad efficientamento                                                                                                                                                                                        | Monitoraggio in merito alla revisione degli orari di sala. Report trimestrale.                                | 4 report/anno                                                                                                                                                                                 | 10     | Area Organizzativa                   |  |
| Monitoraggio applicazione nuovo modello di bed management.                                                                                                                                                                              | Rilevazione mensile su giorno indice e compilazione della scheda progetto                                     | 12 rilevazioni/anno                                                                                                                                                                           | 20     | Area Organizzativa                   |  |
| Coordinamento del progetto di implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing per le strutture che attiveranno il modello nel 2024; monitoraggio dell'applicazione dello stesso nei reparti attivati nel 2023. | Report del processo di implementazione del modello assistenziale con riferimento agli indicatori del progetto | /                                                                                                                                                                                             | 20     | Area Organizzativa                   |  |

# PIANO DELLA PERFORMANCE - ANNO 2024

| Articolazione Organizzativa                                                                                                                                                                  | Dir.- Resp.- Ref. SC / SS | Descrizione obiettivo                                                                                       | Indicatore                                                                                               | Valore atteso / Standard | Peso %      | Albero della performance - pilastro | Semestre |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)</b> |                           |                                                                                                             |                                                                                                          |                          |             |                                     |          |
|                                                                                                                                                                                              |                           | <b>Obiettivo</b>                                                                                            | <b>Indicatore</b>                                                                                        | <b>nota indicatore</b>   | <b>Peso</b> |                                     |          |
|                                                                                                                                                                                              |                           | Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo.                 | Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo. | 12 report/anno           | 50          |                                     |          |
|                                                                                                                                                                                              |                           | 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. 454 del 29/12/2023

**Oggetto:** ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2024 DELL'AOU SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO.

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

29/12/2023

Sottoscritta dal funzionario incaricato  
(BERTOLO FULVIA)