



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 374 del 19/07/2024

**Oggetto: INTEGRAZIONE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALL'ANNO 2024 E
MODIFICA DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI
ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2024/2026**

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_1897720.pdf.p7m

D4D87112440C8E049FEEC5DA5EB1DDB4E839C81B6A608406472826D9428F988675D591C95E7E4787401C2
7C9221C4943E8B45FB826EB2E63C661FD8A492F3D6D

- Obiettivi 2024 - RETTIFICA LUGLIO.pdf.p7m

4114A25A734902EDFFCA7C09B550CC44FA91212329EF70B48E80A5B0E74077AC59F578A3F5C02D22501556
CAE63AE9A59A8DA7B133A8ACC51D4768A82B7C117D

- PTECN_DEL_1897720.pdf.p7m

0916C70A96666DC4626C992D4958742370B10330E55667D4F527253CF23853E00D6B1B4888D7F394A6914A
84CE0AA5411688D645CF8B09EEA2D97BCAE9428A91

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

OGGETTO: INTEGRAZIONE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALL'ANNO 2024 E MODIFICA DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2024/2026

Struttura proponente: S.C. Risorse Umane

Il Responsabile del Procedimento ex artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241	Il Direttore f.f. della struttura proponente
Dott. CANOVA CRISTIANO	Dott. PERUZZO LUCA

Registrazione contabile

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

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

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

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Davide Minniti

- Vista la D.G.R. n. 27-8058/2023/XI del 29/12/2023 con la quale il sottoscritto è stato nominato Direttore Generale di quest'Azienda;

- visti gli atti relativi alla materia in trattazione:

- la deliberazione n. 454 del 29.12.2023 di approvazione del Piano della Performance per l'anno 2024 dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano;
- la deliberazione n. 36 del 31.01.2024 di approvazione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2024-2026, documento unico di programmazione finalizzato a sostituire, tra l'altro, il Piano della Performance, nell'ambito del quale sono stati formalizzati gli obiettivi 2024 per tutto il personale dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano;
- la DGR n.7-8279/2024 dell'11.03.2024 relativa all'assegnazione degli obiettivi economico gestionali ai Direttori Generali / Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2024;
- la deliberazione n. 245 del 10.05.2024 di modifica ed integrazione della sezione Performance del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2024-2026 adottato con deliberazione n. 36 del 31.01.2024;
- la mail del 05/07/2024 con cui il Dirigente Responsabile della "*SS Pianificazione strategica e Governance*", dott. Luca Maina, ha comunicato che per mero errore materiale, all'interno della deliberazione summenzionata non era stata inserita la totalità degli obiettivi relativi all'anno 2024 previsti per le Struttura S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie;

- ritenuto pertanto di procedere sia all'integrazione degli obiettivi mancanti relativi all'anno 2024 sia alla contestuale modifica, come da prospetti allegati, della sezione Performance del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2024 - 2026 da ultimo modificata con deliberazione n. 245 del 10/05/2024;

- preso atto che la presente deliberazione viene proposta dal Direttore f.f. della SC Risorse Umane la sottoscrive;

- considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa 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 procedere all'integrazione degli obiettivi mancanti relativi all'anno 2024 ed alla contestuale modifica della Sezione Performance del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2024 - 2026, adottato con deliberazione n. 36 del 31.01.2024 e successivamente modificato con deliberazione n. 245 del 10.05.2024;
2. di dare atto che gli obiettivi ed i relativi pesi definitivi per l'anno 2024 sono quelli inseriti nei prospetti allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che sostituiscono integralmente quelli già declinati nel predetto documento di programmazione;
3. di dare atto che le informazioni relative al presente provvedimento, così come disciplinato dalla normativa vigente, verranno pubblicate sul sito internet aziendale, nell'ambito della sezione *"Amministrazione Trasparente - Performance - Piano della Performance"*;
4. di pubblicare il presente provvedimento per quindici giorni consecutivi, sul sito informatico dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano;
5. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo, ai sensi dell'art. 28 L.R.10/95, al fine di consentire alle strutture di mettere in atto, sin da subito, tutte le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. DAVIDE MINNITI

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

Allegato n. 1) Schede Obiettivi 2024

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
1	Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente - Morena CANCELLIERE	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		
2	Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente - Morena CANCELLIERE	Revisione di almeno 3 procedure aziendali di competenza della Struttura.	Pubblicazione sull'intranet aziendale.	100%	20	Area qualità clinica ed assistenziale		
3	Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente - Morena CANCELLIERE	Registro esposizione agenti cancerogeni e mutageni.	Revisione ed aggiornamento del Registro esposizione agenti cancerogeni e mutageni.	SI	20	Area Organizzativa		
4	Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente - Morena CANCELLIERE	Aggiornamento/formazione aziendale in argomento d'interesse specifico.	Organizzazione di almeno 1 corso d'aggiornamento/formazione aziendale.	SI	20	Area qualità clinica ed assistenziale		
5	Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente - Morena CANCELLIERE	Armonizzazione dell'applicativo Canopo per l'aggiornamento del protocollo sanitario dei lavoratori radioesposti.	Redazione report finale.	SI	20	Area Organizzativa		
6	Staff Direzione Generale	Risk Management - Marco BO	Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	Almeno 4 verbali di incontro/anno	4 verbali/anno	20	Area qualità clinica ed assistenziale		
7	Staff Direzione Generale	Risk Management - Marco BO	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		
8	Staff Direzione Generale	Risk Management - Marco BO	Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica	Almeno 4 verbali di incontro/anno	4 verbali/anno	20	Area qualità clinica ed assistenziale		
9	Staff Direzione Generale	Risk Management - Marco BO	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		
10	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità - Maurizia RINALDI	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		
11	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità - Maurizia RINALDI	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		
12	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità - Maurizia RINALDI	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		
13	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità - Maurizia RINALDI	Contribuire al miglioramento nella gestione e misurazione del boarding, con tempo medio di permanenza (boarding) in PS ≤ 6 h (nel rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica)	Rilevazione su boarding e audit clinico assistenziale e organizzativo almeno mensile tra le unità operative coinvolte ai fini della riduzione del boarding, in collaborazione con MECAU, in relazione al piano di gestione del sovraffollamento	/	30	Area qualità clinica ed assistenziale		
14	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione - Emanuele D. RUFFINO	Misurazione dell'efficienza del processo produttivo attraverso l'analisi comparata dei costi e dei ricavi riconducibili ad una specifica unità produttiva, data dal rapporto tra output (produzione attribuita) e input (fattori produttivi impiegati)	1) report trimestrali su andamento produttività 100% delle strutture 2) report finale al 31.12.2024 (riferito ai dati 01/01/24 - 30/09/24)	/	35	Area Gestione Spesa		
15	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione - Emanuele D. RUFFINO	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		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
16	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione - Emanuele D. RUFFINO	1) Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativo a completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24 2) Redazione scheda di budget per ogni struttura, che contenga: a) produzione dettagliata, b) costi sanitari e non sanitari (con particolare attenzione ai farmaci ed ai dispositivi sanitari), c) indicatori di Barber, d) peso della produzione, e) indicatore sul valore della produzione in relazione ai costi, f) indicatore sul valore della produzione in relazione al personale 3) Implementazione su ABACO dei flussi "in uscita" dell'attività con flusso "C" e "SDO" 4) Implementazione di un sistema di monitoraggio periodico dell'andamento della produzione (anche con dati dei flussi in "uscita") e dei costi di ogni struttura. Il sistema può essere complementare o inserito all'interno della scheda di budget.	1) Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2024 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII 2) Presenza di una scheda di budget mensile sia informatica che cartacea da consegnare alla direzione Strategica almeno per ogni mese 3) Presenza su "ABACO" dei flussi in "uscita" aggiornato almeno ogni 30 giorni 4) Presenza di un sistema di monitoraggio con i dati richiesti con periodicità mensile	1) SI 2) SI 3) SI 4) SI	1)12,5 2)12,5 3)12,5 4)12,5	Area Organizzativa		
17	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione - Federico SPOLETTI	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		
18	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione - Federico SPOLETTI	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		
19	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione - Federico SPOLETTI	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		
20	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance - Luca MAINA	Piano obiettivi 2025	Definizione e presentazione alla Direzione Generale entro il 31/10/2024 della proposta iniziale per gli obiettivi 2025	SI	50	Area Organizzativa		NUOVO
21	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance - Luca MAINA	Piano obiettivi 2024	A) Definizione entro il 30/06/2024 del processo di monitoraggio obiettivi 2024 B) Attuazione entro il 31/07/2024 del processo di monitoraggio obiettivi 2024	SI	A) 25 B) 25	Area Organizzativa		NUOVO
22	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 con evidenza tempestiva pubblicazioni e correzione/eliminazione dei dati/informazioni pubblicate non aggiornati	100 % (evidenza con Report trimestrale e verifica campione)	40	Area Comunicazione		MODIFICATO INDICATORE E VALORE ATTESO
23	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali -	Migliorare l'efficacia dei rapporti con le Associazioni di volontariato, per l'aspetto comunicativo.	Partecipazione alle riunioni annue programmate della Conferenza Aziendale di Partecipazione e relativa verbalizzazione.	/	30	Area Comunicazione		
24	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali -	Migliorare l'efficienza dell'informazione verso l'esterno.	Evidenza pubblicazioni Comunicati Stampa e Notizie sui siti e social media.	/	30	Area Comunicazione		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
25	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio - Salvatore Di Gioia	Concorrere al mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, di R.O., D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso), con contenimento dei costi.	A) Miglior valore tra anni 2019 e 2023/ Costi diretti ≤ 2023 B) 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		
26	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio - Salvatore Di Gioia	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'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	25	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE
27	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio - Salvatore Di Gioia	Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) Stesura PDTA B) Incontri associazione malati C) Report di verifica attività	A) Pubblicazione su intranet B) Almeno 6 incontri l'anno C) 6 report/anno, in collaborazione con CdG	A) 5 B)10 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale		
28	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio - Salvatore Di Gioia	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		
29	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedaliere e Governo ICA - Adriano DE SIMONE	Attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e di contrasto all'antibiotico resistenza in accordo con le attività previste dal PNCAR (indicatori 4-6-7 Regione Piemonte)	A) adesione al sistema di sorveglianza speciale enterobatteri resistenti ai carbapenemici B) adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert C) partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	A) evidenza produzione report quadrimestrale su infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemici B) evidenza di adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert, con report annuale C) evidenza di partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico con verifica di almeno 6 mesi/anno interventi di chirurgia protesi anca e vescica.	A) 5 B)10 C)10	Area qualità clinica ed assistenziale		
30	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedaliere e Governo ICA - Adriano DE SIMONE	Pulizia lista d'attesa chirurgica.	Indicatori di monitoraggio previsti dal regolamento aziendale Gestione Liste d'Attesa	/	20	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
31	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedaliere e Governo ICA - Adriano DE SIMONE	Contribuire al raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2024 ≥ 2019 / Fatturato 2024 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	20	Area Organizzativa		MODIFICATO PESO
32	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedaliere e Governo ICA - Adriano DE SIMONE	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	/	20	Area Organizzativa		MODIFICATO PESO
33	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedaliere e Governo ICA - Adriano DE SIMONE	Monitoraggio formazione ICA	Numero formati sul totale delle persone da formare	100%	15	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
34	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedaliere e Governo ICA PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. - Adriano DE SIMONE	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		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
35	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. - Adriano DE SIMONE	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		
36	Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale - Enrica DEL PERO	Attivazione dei percorsi di continuità ospedale - territorio, in collaborazione con il NOCC	Percorsi attivati/percorsi richiesti ≥ 95%	/	60	Area Organizzativa		
37	Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale - Enrica DEL PERO	Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere	100%	40	Area Gestione Spesa		MODIFICATO TESTO INDICATORE
38	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Daniela IELO	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	20	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
39	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Daniela IELO	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		
40	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Daniela IELO	Allineamento Registri AIFA e Flussi	Monitoraggio andamento aziendale e raggiungimento aziendale dell'obiettivo regionale	SI	20	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Daniela IELO	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	100%	0	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2023	ANNULLATO
41	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Daniela IELO	Appropriatezza Prescrittiva A) IMMUNOGLOBINE B) IPOLIPEMIZZANTI C) IMMUNOSOPPRESSORI/MODULATORI D) OSSIGENO	Monitoraggio andamento aziendale e raggiungimento aziendale dell'obiettivo regionale per le quattro categorie terapeutiche	SI	20	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
42	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Daniela IELO	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		
43	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Daniela IELO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture* * solo per il Personale Comparto non Sanitario	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	SI	60* * solo per il Personale Comparto non Sanitario	Area Gestione Spesa		NUOVO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
44	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Daniela IELO	Monitoraggio debiti scaduti* * solo per il Personale Comparto non Sanitario	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	40* * solo per il Personale Comparto non Sanitario	Area Gestione Spesa		NUOVO
45	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale - Franca NAPOLI	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) Stesura PDTA B) Appropriatezza prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)5 B)5 C)5 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale		
46	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale - Franca NAPOLI	Appropriatezza trasfusionale: verifiche audit della procedura per il corretto utilizzo di sangue e derivati.	A) organizzazione di corso FAD annuale sulla sicurezza trasfusionale B) raccolta delle non conformità C) audit presso i reparti coinvolti nelle non- conformità	A) SI B) SI C) SI	A)5 B)5 C)5	Area qualità clinica ed assistenziale		
47	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale - Franca NAPOLI	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		
48	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale - Franca NAPOLI	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +20% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
49	Line Direzione Sanitaria	U.R.P. -	Gestione affissioni	A) Evidenza procedura pubblicata su intranet B) Assenza affisioni non autorizzate	/	40	Area Comunicazione		
50	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 Organizzativa		
51	Line Direzione Sanitaria	U.R.P. -	Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista.	Rispetto tempistica 100% casi	/	50	Area Comunicazione		
52	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia - Alessandra CHINAGLIA	Proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura	Numero di episodi di STEMI (sul totale) in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti.	>= 60%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
53	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia - Alessandra CHINAGLIA	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
54	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia - Alessandra CHINAGLIA	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% vs anno 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
55	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia - Alessandra CHINAGLIA	Appropriatezza prescrittiva ipolipemizzanti e allineamento registri AIFA e Flussi	A) Spesa ipolipemizzanti anno 2024 su spesa anno 2023 B) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) C) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	A) Valore 2024≤2023 B) 100% (con margine di scostamento definito da Regione) C) 100% (con margine di scostamento definito da Regione)	A)10 B+C)5	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
56	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia - Alessandra CHINAGLIA	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Cardiologica B- ECG Holter C- Test Cardiovascolare da sforzo	A) ≥ n° 2.003 prime visite eseguite B) ≥ anno 2023 C) ≥ anno 2023	A) 5 B) 5 C) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
57	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia - Alessandra CHINAGLIA	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)20 B)15	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
58	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM - Alessia DI SAPIO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
59	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM - Alessia DI SAPIO	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		MODIFICATO PESO
60	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM - Alessia DI SAPIO	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	A) Stesura PDTA B) Appropriately prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)5 B)5 C)5 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale		
61	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM - Alessia DI SAPIO	Appropriatezza prescrittiva A) Immunoglobine B) Immunosoppressori/modulatori	A) n° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023 B) Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica relativamente alle proprie prescrizioni	A) 2024 ≤2023 B) 2024 ≤2023	A)10 B)10	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
62	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM - Alessia DI SAPIO	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Neurologica B- Elettromiografia semplice (93.08.1)	A) + 320 rispetto anno 2023 B) ≥ anno 2023	A)7, 5 B) 7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
63	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM - Alessia DI SAPIO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)15 B)10	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
64	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione - f.f. Sabrina DAL FIOR	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		
65	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione - f.f. Sabrina DAL FIOR	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		
66	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione - f.f. Sabrina DAL FIOR	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all' anno 2023	20	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
67	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione - f.f. Sabrina DAL FIOR	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Fisiatrice	A) ≥ anno 2023	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
68	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione - f.f. Sabrina DAL FIOR	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)25 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche - f.f. Marisa PAUTASSO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	30	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	ANNULLATO
69	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche - f.f. Marisa PAUTASSO	Valore economico prestazioni ambulatoriali	Valore economico prestazioni (flusso C, C2 pz non ricoverati e C5) anno 2024 / Valore economico prestazioni (flusso C, C2 pz non ricoverati e C5) anno 2024	≥ 7,5%	30	Area qualità clinica ed assistenziale		NUOVO
70	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche - f.f. Marisa PAUTASSO	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		
71	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche - f.f. Marisa PAUTASSO	Incremento performances	Aumento attività di laboratorio erogata rispetto a 2023	Valorizzazione +5% rispetto al 2023	50	Area Gestione Spesa		
72	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia - Alberto PERBONI	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE e PESO
73	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia - Alberto PERBONI	Appropriatezza prescrittiva Ossigeno	Quantà per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2024 (consumato + prescritto) / Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2023 (consumato + prescritto)	Valore 2024≤2023	10	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
74	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia - Alberto PERBONI	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	15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
75	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia - Alberto PERBONI	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica.	A) Stesura PDTA B) Appropriatezza prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)5 B)5 C)5 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale		
76	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia - Alberto PERBONI	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Pneumologica B- Spirometria Semplice C- Spirometria Globale	A) ≥ anno 2023 B) ≥ anno 2023 C) ≥ anno 2023	A) 5 B) 5 C) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
77	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia - Alberto PERBONI	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)20 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
78	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria - Giuseppe MAINA	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
79	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria - Giuseppe MAINA	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		
80	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria - Giuseppe MAINA	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		
81	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria - Giuseppe MAINA	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +10% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
82	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria - Fabio L. M. RICCIARDOLO	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE e PESO
83	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria - Fabio L. M. RICCIARDOLO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
84	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria - Fabio L. M. RICCIARDOLO	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		
85	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria - Fabio L. M. RICCIARDOLO	Appropriatezza prescrittiva Ossigeno	Quantà per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2024 (consumato + prescritto)/ Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2023 (consumato + prescritto)	Valore 2024≤2023	15	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
86	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria - Fabio L. M. RICCIARDOLO	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Pneumologica B- Spirometria Semplice C- Spirometria Globale	A) ≥ anno 2023 B) ≥ anno 2023 C) ≥ anno 2023	A) 5 B) 5 C) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
87	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria - Fabio L. M. RICCIARDOLO	Incremento performances (si applicano anche a Servizio Fisiopatologia Respiratoria e Centro del Sonno).	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)20 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
88	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche - Marinella CLERICO	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	A) Stesura PDTA B) Appropriatezza prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)5 B)5 C)5 D)5	Area qualità clinica ed assistenziale		
89	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche - Marinella CLERICO	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica ≤2023	15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
90	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche - Marinella CLERICO	Appropriatezza prescrittiva A) Immunoglobine B) Immunosoppressori/modulatori	A) n° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023 B) Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica relavamente alle proprie prescrizioni	A) 2024 ≤2023 B) 2024 ≤2023	A)10 B)10	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
91	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche - Marinella CLERICO	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all'anno 2023	5	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
92	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche - Marinella CLERICO	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Neurologica B- Elettromiografia semplice (93.08.1)	A) + 126 rispetto anno 2023 B) ≥ anno 2023	A)7, 5 B) 7,5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
93	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche - Marinella CLERICO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)15 B)10	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
94	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica - Massimo COMUNE	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE e PESO
95	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica - Massimo COMUNE	Appropriatezza prescrittiva Ossigeno	Quantà per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2024 (consumato + prescritto) / Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2023 (consumato + prescritto)	Valore 2024≤2023	15	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
96	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica - Massimo COMUNE	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
97	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica - Massimo COMUNE	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Pneumologica B- Spirometria Semplice C- Spirometria Globale	A) ≥ anno 2023 B) ≥ anno 2023 C) ≥ anno 2023	A) 5 B) 5 C) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
98	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica - Massimo COMUNE	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
99	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica - Massimo COMUNE	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +25% rispetto al 2023; D.H: +30% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)25 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
100	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria - f.f. Isa Rita BERGOGLIO	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE
101	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria - f.f. Isa Rita BERGOGLIO	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		
102	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria - f.f. Isa Rita BERGOGLIO	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		
103	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria - f.f. Isa Rita BERGOGLIO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
104	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna - Massimo TERZOLO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
105	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna - Massimo TERZOLO	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		
106	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna - Massimo TERZOLO	Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	20	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
107	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna - Massimo TERZOLO	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : Prima Visita Endocrinologica	≥ anno 2019	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
108	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna - Massimo TERZOLO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
109	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica - Marco VOLANTE	Recupero prestazioni screening oncologici colo-rettale e cervico-vaginale: copertura da esami, in stretta collaborazione con le strutture coinvolte	COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI COPERTURA ESAMI: min. 35%	25	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	
110	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica - Marco VOLANTE	Incremento performances	Aumento valorizzazione economica	+3% rispetto al 2023	35	Area Gestione Spesa		
111	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica - Marco VOLANTE	Incremento performances	Contenimento spesa	Costi diretti ≤2023	40	Area Gestione Spesa		
112	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico - Marco DE GOBBI	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
113	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico - Marco DE GOBBI	Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	20	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
114	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico - Marco DE GOBBI	Collaborazione alla realizzazione del nuovo centro trapianti e relative procedure.	Evidenza documentale.	SI	10	Area Organizzativa		
115	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico - Marco DE GOBBI	Appropriatezza prescrittiva Immunoglobine e allineamento Registri AIFA e Flussi	A) n° grammi per IG 2024 / n° grammi per IG 2023 B) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) C) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	A) Valore 2024≤2023 B) 100% (con margine di scostamento definito da Regione) C) 100% (con margine di scostamento definito da Regione)	A)5 B+C)5	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
116	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico - Marco DE GOBBI	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
117	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica - Silvia NOVELLO	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica < 2023	25	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
118	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica - Silvia NOVELLO	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		
119	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica - Silvia NOVELLO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
120	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica - Silvia NOVELLO	Allineamento Registri AIFA e Flussi	A) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) B) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	A) 100% * B) 100% * (con eventuale margine di scostamento definito dalla Regione)	10	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
121	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica - Silvia NOVELLO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
122	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare - Silvia NOVELLO	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica < 2023	25	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
123	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare - Silvia NOVELLO	Allineamento Registri AIFA e Flussi	A) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) B) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	A) 100% * B) 100% * (con eventuale margine di scostamento definito dalla Regione)	10	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
124	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare - Silvia NOVELLO	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		
125	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare - Silvia NOVELLO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
126	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare - Silvia NOVELLO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +5% rispetto al 2023; AMB: +3% rispetto al 2023; D.H: mantenimento livelli 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
127	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza - Adriana BOCCUZZI	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE e PESO
128	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza - Adriana BOCCUZZI	Reengineering per livelli di complessità.	Progettazione e presentazione piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.	A) Implementazione progetto entro 30/4 B) Applicazione e monitoraggio progetto dal 1/5	A)10 B)10	Area qualità clinica ed assistenziale		
129	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza - Adriana BOCCUZZI	Diminuzione proporzione ricoveri da P.S.	Riduzione dei ricoveri interni provenienti da Pronto Soccorso	Valore 2024<2023	30	Area qualità clinica ed assistenziale		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
130	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza - Adriana BOCCUZZI	Appropriatezza prescrittiva A) Immunoglobine B) Ossigeno	A) n° grammi per IG 2024 / n° grammi per IG 2023 B) Quantà per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2024 (consumato + prescritto) / Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2023 (consumato + prescritto)	A) 2024 ≤2023 B) 2024 ≤2023	A)10 B)10	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
131	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza - Adriana BOCCUZZI	Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	20	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
132	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica - Andrea VELTRI	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	15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
133	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica - Andrea VELTRI	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	15	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
134	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica - Andrea VELTRI	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
135	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica - Andrea VELTRI	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prestazioni TC monitorati PNGLA B- Prestazioni RMN monitorati PNGLA C- Prestazioni ecografia addome monitorate PNGLA	A) ≥ anno 2023 B) ≥ anno 2023 C) ≥ anno 2019	A) 7,5 B) 7,5 C) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
136	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica - Andrea VELTRI	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A)AMB: +10% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤ 2023	A)25 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
137	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia - Simona ALLIS	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
138	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia - Simona ALLIS	Piano d'azione nuovo acceleratore lineare.	Stesura di un piano d'azione globale volto ad ottimizzare la produttività della nuova apparecchiatura nei tempi più ristretti possibili.	SI	10	Area Organizzativa		MODIFICATO PESO
139	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia - Simona ALLIS	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +30% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤ 2023	A)50 B)20	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
140	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare -	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
141	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare -	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	10	Area qualità clinica ed assistenziale		
142	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare -	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) 60.000 euro/mese attività B) Costi diretti ≤2019	A)60 B)20	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	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		Area qualità clinica ed assistenziale		ANNULLATO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
143	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva - Angela SABBATARO	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE e PESO
144	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva - Angela SABBATARO	Recupero prestazioni screening oncologico colo-rettale: copertura da inviti e copertura da esami	COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI COPERTURA ESAMI: min. 35%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE e PESO
145	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva - Angela SABBATARO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
146	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva - Angela SABBATARO	Appropriatezza prescrittiva Immunosoppressori/modulatori	Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica relativamente alle proprie prescrizioni	Valore 2024≤2023	5	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
147	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva - Angela SABBATARO	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Gastroenterologica B- Prestazioni strumentali monitorate PNGLA: 45.13 45.23 45.24 45.42	A) ≥ anno 2023 B) ≥ anno 2023 (totale delle prestazioni indicate)	A)12, 5 B) 12,5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
148	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva - Angela SABBATARO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +20% rispetto al 2023; D.H: +20% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
149	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia - Salvatore LIA	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		
150	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia - Salvatore LIA	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	Area qualità clinica ed assistenziale		
151	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia - Salvatore LIA	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
152	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia - Salvatore LIA	Appropriatezza prescrittiva Ipolipemizzanti	Spesa anno 2024 su spesa anno 2023	Valore 2024≤2023	15	Area Gestione Spesa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
153	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia - Salvatore LIA	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +20% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)25 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
154	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche - Giovanni Battista FERRERO	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) Stesura PDTA B) Appropriatezza prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica rispetto 2023 C) Almeno 6 incontri l'anno D) 6 report/anno, in collaborazione con CdG	A)10 B) 5 C)10 D) 5	Area qualità clinica ed assistenziale		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
155	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche - Giovanni Battista FERRERO	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		
156	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche - Giovanni Battista FERRERO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
157	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche - Giovanni Battista FERRERO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) D.H.: incremento attività rispetto al 2023; AMB: +10% B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
158	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico - Piero PACCOTTI	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE
159	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico - Piero PACCOTTI	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.	A) Stesura PDTA B) Appropriatezza prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 2 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	A)10 B) 5 C)10 D) 5	Area qualità clinica ed assistenziale		
160	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico - Piero PACCOTTI	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) D.H.: incremento attività rispetto al 2023; AMB: +25% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
161	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia - Carlo M. Lorenzo MASSARA	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE
162	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia - Carlo M. Lorenzo MASSARA	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		
163	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia - Carlo M. Lorenzo MASSARA	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
164	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia - Carlo M. Lorenzo MASSARA	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) D.H.: +5% rispetto al 2023; AMB:+5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)40 B)20	Area Gestione Spesa		
165	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica - Marco Maria TINIVELLA	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO INDICATORE
166	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica - Marco Maria TINIVELLA	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		
167	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica - Marco Maria TINIVELLA	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		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
168	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica - Marco Maria TINIVELLA	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) AMB: +5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
169	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico Daniela F. GIACHINO	- Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	40	Area qualità clinica ed assistenziale		NUOVO
170	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico Daniela F. GIACHINO	- Verifica corretta imputazione flussi C e C5 relativi alle analisi genetiche	Report finale prodotto dai SII	/	60	Area qualità clinica ed assistenziale		NUOVO
171	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione - Pietro CAIRONI	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica ≤2023	10	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
172	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione - Pietro CAIRONI	Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O. (calcolata su su carico degenti)	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	20	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
173	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione - Pietro CAIRONI	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		
174	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione - Pietro CAIRONI	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)	≥70%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
175	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione - Pietro CAIRONI	Incremento performances	A) Aumento attività B) Contenimento spesa	A) AMB (compresa attività NORA) :+5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)15 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO INDICATORE E VALORE ATTESO
176	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia - Raffaele NUZZI	Predisposizione/programmazione sale CAC	3 sedute operatorie di CAC	3 sedute alla settimana	10	Area Organizzativa		MODIFICATO PESO
177	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia - Raffaele NUZZI	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
178	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia - Raffaele NUZZI	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni ambulatoriali	Riduzione tempi di attesa medi area oftalmologica.	Valori 2024<2023	20	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
179	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia - Raffaele NUZZI	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Oculistica B- Fotografia del Fundus	A) ≥ anno 2023 B) ≥ anno 2019	A) 5 B) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
180	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia - Raffaele NUZZI	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
181	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia - Raffaele NUZZI	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: + 10% rispetto al 2023 ; AMB: + 50% rispetto al 2023; D.H: + 30% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)25 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
182	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale - f.f. Massimo RIZZO	Case MIX.	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Peso medio DRG chirurgico > 2019	15	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
183	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale - f.f. Massimo RIZZO	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%	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
184	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale - f.f. Massimo RIZZO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
185	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale - f.f. Massimo RIZZO	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : Prima Visita Ginecologica	≥ anno 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
186	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale - f.f. Massimo RIZZO	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
187	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale - f.f. Massimo RIZZO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +20% rispetto al 2023; AMB: +10% rispetto al 2023; D.H: +15% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)25 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
188	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica - Francesco LEO	Stesura progetto di gestione per la presa in carico dei pazienti trasferiti da altri nosocomi	Redazione di progetto	Evidenza documentale entro 30/06/2024	15	Area qualità clinica ed assistenziale		
189	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica - Francesco LEO	Presentazione di un progetto innovativo in ambito chirurgico volto ad incremento attività, efficientamento, miglioramento qualità di cura.	Redazione di progetto	SI	10	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
190	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica - Francesco LEO	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%		15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
191	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica - Francesco LEO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +10% rispetto al 2023; AMB: +5% rispetto al 2023; D.H: +3% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)40 B)20	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
192	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia - Monica PENTENERO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
193	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia - Monica PENTENERO	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	20	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
194	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia - Monica PENTENERO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A)R.O.:+8% rispetto a 2023; D.H.: +10% rispetto al 2023; AMB:+10% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A50 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
195	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia - Filippo CASTOLDI	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 2024	MODIFICATO PESO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
196	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia - Filippo CASTOLDI	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
197	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia - Filippo CASTOLDI	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : Prima Visita Ortopedica	n° visite + 344 rispetto all'anno 2019	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
198	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia - Filippo CASTOLDI	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
199	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia - Filippo CASTOLDI	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +10% rispetto al 2023; AMB: +5% rispetto al 2023; D.H: +5% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)10	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
200	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria - Giovanni CAVALLLO	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
201	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria - Giovanni CAVALLLO	Case MIX.	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Incremento indice case mix rispetto al 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale		
202	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria - Giovanni CAVALLLO	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Otorinolaringoiatrica B- Esame audiometrico tonale	A) ≥ anno 2019 B) ≥ anno 2019	A) 5 B) 5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
203	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria - Giovanni CAVALLLO	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	5	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
204	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria - Giovanni CAVALLLO	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
205	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria - Giovanni CAVALLLO	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +20% rispetto al 2023; AMB: +15% rispetto al 2023; D.H: +10% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)40 B)10	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
206	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia - Francesco PORPIGLIA	Progetto I.A.	Implementazione Centro IA ad indirizzo clinico-gestionale	Evidenza di attivazione entro giugno 2024	5	Area Organizzativa		MODIFICATO PESO
207	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia - Francesco PORPIGLIA	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +30% rispetto all' anno 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
208	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia - Francesco PORPIGLIA	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	5	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	MODIFICATO PESO
209	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia - Francesco PORPIGLIA	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
210	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia - Francesco PORPIGLIA	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : Prima Visita Urologica	+ 1.000 rispetto all'anno 2023	15	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
211	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia - Francesco PORPIGLIA	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +10% rispetto al 2023; AMB: +5% rispetto al 2023; D.H: +3% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)35 B)15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
212	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica - Luca CANZONERI	Collaborazione al Progetto CAC	A) Trasferimento sala Terapia Antalgica presso locali dedicati B) Predisposizione e rispetto turnistica presso CAC	A) Evidenza attivazione nuova sala Terapia Antalgica B) Evidenza documentale turnistica	A) 5 B) 10	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO INDICATORE e PESO
213	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica - Luca CANZONERI	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	15	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
214	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica - Luca CANZONERI	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +10% anno 2023	10	Area qualità clinica ed assistenziale		MODIFICATO PESO
215	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica - Luca CANZONERI	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	10	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
216	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica - Luca CANZONERI	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica B) Contenimento spesa	A) R.O: +30% rispetto al 2023; AMB: +30% rispetto al 2023; D.H: +30% rispetto al 2023 B) Costi diretti ≤2023	A)30 B)20	Area Gestione Spesa		
217	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie - Gabriele AGATI	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 2024	
218	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie - Gabriele AGATI	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 (in collaborazione con S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico). Contestuale revisione degli orari di sala	PROGETTO LEAN: SI INCREMENTO LEAN DI SALA: SI	A)10 B)20	Area Organizzativa		
219	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie - Gabriele AGATI	Collaborazione al Progetto CAC	Implementazione sala chirurgica CAC	Evidenza attivazione nuova sala CAC entro 31/3	20	Area Organizzativa		
220	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie - Gabriele AGATI	Aumento sedute	Incremento sedute di sala operatoria registrate anche mediante la predisposizione di progetti volti all'aumento delle stesse.	2024>2023	20	Area Organizzativa		
221	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery - DE LUCA	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		
222	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery - DE LUCA	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		
223	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery - DE LUCA	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		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
224	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico - Lorenzo ODETTO	Lean blocchi operatori	A) Produzione ed attuazione di un approccio lean nei blocchi operatori volto ad ottimizzarne le performances (in collaborazione con S.S.D. Sale Operatorie). B) Identificazione, monitoraggio e discussione con gli operatori del Blocco Operatorio di almeno 3 indicatori evidenziati nel percorso Lean	A) SI B) SI	A) 35 B) 30	Area Organizzativa		NUOVO
225	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico - Lorenzo ODETTO	Lean percorso chirurgico	Definire almeno altri 2 percorsi Lean da applicare al Percorso Chirurgico	SI	35	Area Organizzativa		NUOVO
226	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane PERUZZO - Luca	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	/	40	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane PERUZZO - Luca	Predisposizione ipotesi CCIA Comparto	Evidenza documento	/	20	Area Organizzativa		ANNULLATO
227	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane PERUZZO - Luca	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		MODIFICATO PESO
228	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane PERUZZO - Luca	corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN	evidenza coerenza tra dati OSSERVATORIO e dati OPESSAN	100% (evidenza tramite report)	25	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
229	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane PERUZZO - Luca	Reclutamento oltre il turn-over di unità di personale sanitario del comparto e di addetti all'assistenza rispetto alla data del 30/06/2023	unità di personale sanitario del comparto e di addetti all'assistenza (oltre il turn-over) alla data del 31/12/2024 - unità di personale sanitario del comparto e di addetti all'assistenza alla data del 30/06/2023	+25	25	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
230	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE - Luca PERUZZO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	SI	20 (*)	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
231	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE - Luca PERUZZO	Realizzazione Piano formativo 2024	Attivazione almeno 70% (inclusi i corsi extra- piano) dei corsi previsti	/	40	Area Organizzativa		MODIFICATO TESTO INDICATORE E PESO
232	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE - Luca PERUZZO	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	10	Area Organizzativa		MODIFICATO PESO
233	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE - Luca PERUZZO	Monitoraggio formazione ICA	Numero formati sul totale delle persone da formare	100%	30	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
234	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE - Luca PERUZZO	Programmazione, gestione e monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei tirocinanti CLI e TRP – I anno di corso	Completamento percorso della sorveglianza sanitaria per l'acquisizione dell'idoneità fisica degli studenti CLI e TRP - I anno di corso, prima dell'immissione in tirocinio. 100% studenti accertati prima dell'inizio del tirocinio	/	Amministrativi (40) Coordinatore/tutor (20)	Area Organizzativa		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
235	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE - Luca PERUZZO	Elaborazione in integrazione con DIPSA e DMP di progetti organizzativi/formativi.	Evidenza almeno 4 progetti	/	Coordinatore/tutor (80)	Area Organizzativa		
236	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE - Luca PERUZZO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione. Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	SI	Amministrativi (40) *	Area Gestione Spesa		
237	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE - Luca PERUZZO	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		
238	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA - Luca PERUZZO	Monitoraggio carriere studentesche	a) Effettuazione di almeno n. 100 colloqui nel corso del 2024 b) Report relativo all'analisi di almeno 10 carriere studentesche Attestazione del Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica	/	€ 1.500,00	Area Organizzativa		NUOVO
239	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA - Luca PERUZZO	Favorire l'avvicinamento degli studenti al Corso di Laurea in Infermieristica attraverso incontri con studenti del IV e V anno delle scuole superiori	a) Realizzazione di almeno n. 3 incontri in presenza b) Report delle attività svolte al 31.12.2024 Attestazione del Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica	/	€ 1.500,00	Area Organizzativa		NUOVO
240	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato - Daniele PUPPATO	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	SI	30	Area Gestione Spesa		
241	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato - Daniele PUPPATO	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	10	Area Gestione Spesa		NUOVO
242	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato - Daniele PUPPATO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	SI	30	Area Gestione Spesa		
243	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato - Daniele PUPPATO	Gestione delle procedure di affidamento aziendale nell'ambito dei progetti "Sanità Digitale 1" e " Grandi apparecchiature sanitarie" PNRR , come da matrice delle competenze definite	Predisposizione atti nel rispetto del cronoprogramma aziendale. Attestazione del Direttore Amministrativo	SI	20	Area Organizzativa		MODIFICATO PESO
244	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato - Daniele PUPPATO	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	10	Area Organizzativa		
245	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria - Ezio ROMAGNOLO	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti aziendali relativi alle annualità 2023 e ante	a) Report crediti 2023 e ante. b) Evidenza note di circolarizzazione 2023 e ante c) Conciliazione delle posizioni finanziarie ancora in sospeso, con evidenza degli importi attinenti le annualità 2023 e ante , per l'allineamento delle partite creditorie e debitorie con le altre ASR.	/	A)10 B)10 C)10	Area Gestione Spesa		MODIFICATO TESTO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
246	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria - Ezio ROMAGNOLO	Determinazione e monitoraggio dei budget di spesa delle strutture.	1) Provvedimento di assegnazione budget di spesa 2) Raccolta report trimestrali di monitoraggio della spesa e relazioni delle strutture su interventi correttivi, ove necessari 3) Analisi e valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione	/	30	Area Gestione Spesa		
247	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria - Ezio ROMAGNOLO	Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione)	Report SC Gestione Economico Finanziaria	/	30	Area Gestione Spesa		
248	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria - Ezio ROMAGNOLO	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	10	Area Organizzativa		
249	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie - f.f. Ivano CAVALLO	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: A- conclusione lavori Medicina Nucleare entro il 30/06/2024 B- realizzazione PL di terapia intensiva/terapia sub intensiva , interventi di adeguamento del Pronto soccorso entro 16/08/24 C- realizzazione nuova Recovery Room con conclusione lavori entro il 30/09/2024	SI	A) 10 B) 10 C) 30	Area Organizzativa		AGGREGATI E MODIFICATI 2 OBIETTIVI MODIFICATO PESO
250	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie - f.f. Ivano CAVALLO	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	SI	15	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
251	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie - f.f. Ivano CAVALLO	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	5	Area Gestione Spesa		NUOVO
252	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie - f.f. Ivano CAVALLO	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	10	Area Organizzativa		
253	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie - f.f. Ivano CAVALLO	Realizzazione interventidi edilizia sanitaria	rispetto del cronoprogramma definito dalla Regione	100% (evidenza tramite report)	20	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
254	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT - Marco CANNIZZO	PNNR: digitalizzazione assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari DEA I e II livello.	Rispetto dei tempi previsti dal PNNR e rendicontazione procedure e spese previste dal PNNR	100%	25	Area Organizzativa		MODIFICATO PESO
255	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT - Marco CANNIZZO	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	SI	20	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
256	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT - Marco CANNIZZO	Sostituzione telecamere	Sostituzione di tutte le telecamere esistenti , anche in aree esterne, entro il 02/09/2024	100%	10	Area Organizzativa		NUOVO
257	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT - Marco CANNIZZO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	SI	20 (*)	Area Gestione Spesa		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
258	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT - Marco CANNIZZO	Aggiornamento Applicativi nel rispetto del Cronoprogramma Regionale e integrazione cartelle cliniche con applicazione Web del FSE	rispetto del Cronoprogramma Regionale	SI	15	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
259	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT - Marco CANNIZZO	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	10	Area Organizzativa		
260	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica - Daniele PUPPATO	PNRR: grandi apparecchiature	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR	SI	40	Area Organizzativa		
261	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica - Daniele PUPPATO	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	SI	20	Area Gestione Spesa		
262	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica - Daniele PUPPATO	Rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	Rendicontazione su Regis allineata allo stato di avanzamento di tutte le procedure previste nell'elenco deliberato dei progetti	SI	25	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO
263	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica - Daniele PUPPATO	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	10	Area Organizzativa		
264	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica - Daniele PUPPATO	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	5	Area Gestione Spesa		NUOVO
265	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali - Anna Lisa Di CUIA	Revisione regolamento in materia di studi clinici	Presentazione bozza entro 29/02/2024	SI	20	Area Organizzativa		MODIFICATO PESO
266	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali - Anna Lisa Di CUIA	Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie	Attivazione procedure di recupero coattivo	100% pratiche trasmesse da SS AAAS	20	Area Gestione Spesa		
267	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali - Anna Lisa Di CUIA	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		
268	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali - Anna Lisa Di CUIA	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		
269	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali - Anna Lisa Di CUIA	Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri	A) rendicontazione trimestrale B) differenza tra spesa e valore accantonato nel fondo rischio C) inserimento sinistri in SIMES entro 30 gg dalla richiesta di risarcimento con completa compilazione di campi	a) SI b) spesa 2024 ≤ valore accantonato nel fondo rischio c) 100% sinistri	a) 5 b) 10 c) 5	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
270	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS - Patrizia MELCHIONNE	Applicazione nuovo regolamento libera professione (parte giuridica) e adeguamento alle Linee Guida Regionali	A) Applicazione secondo il cronoprogramma definito con la Direzione, per quanto di competenza B) Adozione Regolamento aggiornato entro il 30/06/24	SI	a) 10 b) 15	Area Organizzativa		MODIFICATO OBIETTIVO, INDICATORE E PESO
271	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS - Patrizia MELCHIONNE	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	SI	c) 5	Area Gestione Spesa		
272	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS - Patrizia MELCHIONNE	Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie	Invio diffide riferite al 2020 e 2021	100%	30	Area Gestione Spesa		MODIFICATO PESO

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
273	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS - Patrizia MELCHIONNE	Aggiornamento Nuovo Nomenclatore di Specialistica Ambulatoriale	Piena operatività entro il 31/12/2024 o successiva data autorizzata dalla Direzione Sanità	SI	20	Area Organizzativa	Obiettivo Regionale 2024	NUOVO
274	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS - Patrizia MELCHIONNE	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		MODIFICATO PESO
275	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS - Patrizia MELCHIONNE	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Allineamento Agende su CUP Regionale	Report DMP	10	Area Organizzativa		NUOVO
276	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM -	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	60	Area qualità clinica ed assistenziale	Obiettivo Regionale 2024	INVERTITO INDICATORE
277	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM -	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all'anno 2023	20	Area qualità clinica ed assistenziale		
278	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM -	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	A) Stesura PDTA B) Appropriatezza prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	20	Area qualità clinica ed assistenziale		
279	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica -	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	Area qualità clinica ed assistenziale		
280	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica -	Applicazione di trattamento psicologico a pazienti e loro caregivers in almeno 10 casi ritenuti opportuni, dalle valutazioni del precedente obiettivo.	Trattamenti psicologici specialistici, almeno 25 prestazioni (cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio e trattamenti specialistici ad altri pazienti (almeno 400 prestazioni)		50	Area qualità clinica ed assistenziale		
281	DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia -	Monitoraggio formazione in materia di sicurezza degli specializzandi iscritti al 1° anno o comunque per i quali l'attestato sia scaduto	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale, con evidenza azioni intraprese in caso di mancata formazione		50	Area Organizzativa		
282	DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia -	Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti gli specializzandi afferenti all'AOU San Luigi	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale con scadenza accertamenti ed accertamenti effettuati. Evidenza delle segnalazioni effettuate in caso di mancati accertamenti		50	Area Organizzativa		
283	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva -	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	Area Organizzativa		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
284	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva -	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	A) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti B) relativi verbali		30	Area Organizzativa		
285	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia -	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	Area Organizzativa		
286	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia -	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	A) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti (obiettivo su base annuale) B)relativi verbali		30	Area Organizzativa		
287	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica -	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	Area Organizzativa		
288	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica -	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	A) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti (obiettivo su base annuale) B)relativi verbali		30	Area Organizzativa		
289	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive).	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza (<5% del totale degli ambulatori attivati, report mensile) .	/	50 D.H. Urologia/ Terapia Antalgica /Amb. Proctologia	Area Organizzativa		
290	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	Inserimento personale infermieristico e di supporto attraverso l'adozione del piano di formazione con il rispetto dei tempi previsti.	n. Infermieri formati nel rispetto del piano di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri ed OSS inseriti Standard ≥ 80%	/	30 Sala Operatoria	Area Organizzativa		
291	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	Orario sale operatorie mirato ad efficientamento	Collaborazione alla revisione degli orari di sala.	REVISIONE ORARIO DI SALA: SI	40 Sala Operatoria	Area Organizzativa		
292	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	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 ≥ 80%	/	50 Centrale sterilizzazione	Area qualità clinica ed assistenziale		
293	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	Implementazione del percorso del paziente sottoposto a chirurgia maggiore, nella fase del pre ricovero sulla base del modello ERAS	Documentazione sul percorso definito	/	50 Pre ricovero	Area qualità clinica ed assistenziale		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
294	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	Applicazione della procedura su isolamenti da MDR in terapia intensiva	Report mensile su aderenza procedura attraverso check list	Almeno 90% di aderenza alla procedura	50 Rianimazione	Area qualità clinica ed assistenziale		
295	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione	Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.	/	30 Tutte le strutture di degenza (esclusa RIA)	Area Organizzativa		
296	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo.	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50 DH Urologia-Terapia Antalgica-Ambulatorio Proctologia-Prericobero-RIA- Centrale di sterilizzazione 30 Sala Operatoria 20 Tutte le strutture di degenza	Area Organizzativa		
297	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore Standard= > 60% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Chirurgia Generale-ORL-Week Surgery-Ortopedia-Chirurgia Toracica	Area qualità clinica ed assistenziale		
298	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore Standard= > 80% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Urologia	Area qualità clinica ed assistenziale		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
299	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	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 Microcitemie DH Ematologia DH Oncologia Medica e Polmonare Amb. Diabetologia DH Internistico Radiologia Nutrizione clinica e Dietologia	Area Organizzativa		
300	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	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 Nutrizione clinica e Dietologia	Area Organizzativa		
301	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	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 Anatomia Patologica	Area Organizzativa		
302	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione	Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.	/	30 Tutte le strutture di degenza	Area Organizzativa		
303	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Med. Interna ematol-Geriatria- Med. Urg.-Oncologia Medica	Area qualità clinica ed assistenziale		
304	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	Monitoraggio dell'applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 80% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Medicina Interna – Nefrologia	Area qualità clinica ed assistenziale		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
305	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	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 Tutte le strutture di degenza 50 DH Oncologia Medica/Polmonare-Anatomia Patologica-Radiologia- Ambulatoria Diabete-DH Internistico-Microciternie-DH Ematologico/Nefrologia 40 Pronto Soccorso	Area Organizzativa		
306	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	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 DH Cresm Amb. Neurologia Centro Endoscopico Amb FPR Amb. Cardio Emodinamica Amb e DH MFNR Laboratorio Analisi	Area Organizzativa		
307	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	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 Servizio Trasfusionale	Area qualità clinica ed assistenziale		
308	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione	Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.	/	30 Tutte le strutture di degenza	Area Organizzativa		
309	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Cardiologia-Pneumologia	Area qualità clinica ed assistenziale		
310	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	Monitoraggio dell'applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 80% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 MFNR – Psichiatria – Neurologia	Area qualità clinica ed assistenziale		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
311	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	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 Tutte le strutture di degenza 50 DH Cresm-Amb.Neurologia- Centro Endoscopia-Amb. FPR- Trasfusionale-Cardio Emodinamica-Amb/DH MFR- Lab.Analisi	Area Organizzativa		
312	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	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.	SI	20	Area qualità clinica ed assistenziale		
313	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	Collaborazione al coordinamento dei gruppi aziendali specifici: fibrosi cistica, sclerosi multipla, sclerodermia, talassemia.	Stesura, applicazione e monitoraggio PDTA dedicati	STESURA: SI APPLICAZIONE: almeno 70% di applicazione (verificato mediante intervista ad operatori); MONITORAGGIO: verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero, con evidenza di crescita costante.	30	Area qualità clinica ed assistenziale		
314	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	Orario sale operatorie mirato ad efficientamento	Monitoraggio in merito alla revisione degli orari di sala. Report trimestrale.	4 report/anno	10	Area Organizzativa		
315	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	Monitoraggio applicazione nuovo modello di bed management.	Rilevazione mensile su giorno indice e compilazione della scheda progetto	12 rilevazioni/anno	20	Area Organizzativa		
316	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	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 qualità clinica ed assistenziale		
317	DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	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	Area Organizzativa		

n° ob progr	Articolazione Organizzativa	SC / SS Dir.- Resp.- Ref.	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso %	Albero della performance - pilastro	NOTE	modifiche rispetto precedente delibera
318	DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	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	Area qualità clinica ed assistenziale		
319	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	Revisione delle Schede di Post Triage e predisposizione percorso per implementazione	Relazione sul percorso attivato, gli strumenti predisposti e le modalità di implementazione previste	/	60 Pronto Soccorso	Area qualità clinica ed assistenziale		



Struttura Affari Generali
Relazione di Pubblicazione

Delibera N. 374 del 19/07/2024

Oggetto: INTEGRAZIONE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALL'ANNO 2024 E MODIFICA DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2024/2026.

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

22/07/2024

Sottoscritta dal funzionario incaricato
(BERTOLO FULVIA)