

A.O. Ordine Mauriziano di Torino
Piano della Performance
anni 2024 – 2026

Sommario

A. OBIETTIVI TRASVERSALI AREA SANITA'	4
<i>A.1) Budget</i>	4
<i>A.2) Migliorare l'utilizzo del sangue e aumentare la sicurezza del paziente nel percorso trasfusionale</i>	4
<i>A.3) Riduzione del consumo inappropriato di antibiotici in ambito ospedaliero</i>	5
<i>A.4) Piano di attività del Corso di Formazione in Infezioni Ospedaliere</i>	5
<i>A.5) Sorveglianza del consumo di soluzione idro-alcolica (CSIA) per l'igiene delle mani</i>	6
<i>A.6) Donazioni d'organo</i>	6
<i>.I) Non opposizione alla donazione di organi</i>	6
<i>.II) Donatori di cornee</i>	6
<i>A.7) Verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo</i>	7
<i>A.8) Tempi di attesa ricovero</i>	8
B. DIPARTIMENTO CHIRURGICO	10
➤ OBIETTIVI COMUNI	10
<i>B.1) Contenimento delle giornate di degenza pre-intervento per ricoveri chirurgici programmati</i>	10
<i>B.2) Tempi di attesa visita specialistica</i>	10
<i>B.3) Tempi di attesa prestazioni strumentali di specialistica ambulatoriale</i>	11
<i>B.4) Sorveglianza e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)</i>	12
<i>.I) Disponibilità del tasso di incidenza di Infezioni del sito chirurgico. Si introduce una sorveglianza a rotazione sugli interventi chirurgici, di colon retto, cardiocirurgici, mastectomia con protesi, urologia</i>	12
<i>.II) Prevalenza dell'applicazione dei "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità</i>	12
<i>B.5) Monitoraggio e Garanzia LEA- Sistema NSG</i>	13
➤ OBIETTIVI AREA CHIRURGICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA	14
S.C. Anestesia e Rianimazione Generale	14
S.C. Chirurgia Generale ed Oncologica	15
S.C. Odontostomatologia	15
S.C.D.U. Ostetricia e Ginecologia	15
S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	16
C. DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO	17
➤ OBIETTIVI COMUNI	17

<i>C.1) Ottimizzazione del tempo intercorrente tra il momento del prelievo e l'acquisizione del risultato da parte del richiedente (turn around time: TAT).....</i>	<i>17</i>
➤ OBIETTIVI AREA DIAGNOSTICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA.....	17
S.C. Anatomia Patologica.....	17
S.C. Farmacia Ospedaliera.....	17
S.C. Fisica Sanitaria.....	18
S.C. Laboratorio Analisi.....	18
S.C. Medicina Nucleare.....	19
S.C. Radiodiagnostica.....	20
S.C. Radioterapia.....	21
D. DIPARTIMENTO MEDICO.....	22
➤ OBIETTIVI COMUNI.....	22
<i>D.1) Riduzione delle giornate di degenza che supera i valori medi indicati dalla Regione Piemonte per i primi DRG in ordine di frequenza per ogni struttura.....</i>	<i>22</i>
<i>D.2) Tempi di attesa visita specialistica.....</i>	<i>22</i>
<i>D.3) Tempi di attesa prestazioni strumentali di specialistica ambulatoriale.....</i>	<i>23</i>
<i>D.5) Velocizzare il ricovero da pronto soccorso.....</i>	<i>24</i>
<i>D.6) Monitoraggio e Garanzia LEA- Sistema NSG.....</i>	<i>25</i>
➤ OBIETTIVI AREA MEDICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA.....	26
S.C. Cardiologia.....	26
S.C. Gastroenterologia.....	26
S.C. Pediatria e Neonatologia.....	27
S.C. Pneumologia.....	27
E. DIPARTIMENTO FUNZIONALE EMERGENZA E ACCETTAZIONE.....	29
S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'urgenza (MECAU).....	29
F. S.C. DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE (DiP.Sa.).....	31
G. S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO.....	34
H. AREA AMMINISTRATIVA TECNICA PROFESSIONALE.....	37
➤ OBIETTIVI COMUNI.....	37
<i>G.2) Rispetto dei tempi pagamento delle fatture commerciali (60 gg. Data ricevimento fattura), liquidazione della fattura elettronica entro 40 giorni dalla data di registrazione.....</i>	<i>37</i>
<i>G.3) Verifica formazione di cui all'art. 37 D. Lgs. 81/08 del personale assegnato.....</i>	<i>37</i>
➤ OBIETTIVI DISTINTI PER STRUTTURA.....	38
S.C. Economico Finanziario.....	38
S.C. GORU.....	38
S.C. ICT Sistemi Informativi.....	38

S.C. Provveditorato.....	39
S.S. Affari Generali, Legali.....	39
S.S. Controllo di Gestione.....	39
S.S. Ingegneria Clinica.....	40
S.C. Tecnico.....	40
S.S. Prevenzione, Protezione dai rischi.....	40

A. OBIETTIVI TRASVERSALI AREA SANITA'

A.1) Budget

Monitoraggio rapporto tra produzione e costi.

I valori monitorati sono:

- ricoveri ordinari, ricoveri DH, prestazioni esterne (“produzione”);
- consumo farmaci, consumo dispositivi, beni sanitari e non (“costi”).

Indicatori

1) Totale produzione = valore ricoveri ordinari + valore ricoveri DH + valore prestazioni esterne.

2) Margine di efficienza = $\frac{\text{totale produzione} - \text{totale costi}}{\text{totale produzione}}$

Valore atteso

- 1) totale produzione anno 2024 $\geq$ valore produzione anno 2019
- 2) margine di efficienza 2024 $\geq$ margine di efficienza 2019

A.2) Migliorare l'utilizzo del sangue e aumentare la sicurezza del paziente nel percorso trasfusionale

- <https://www.centronazionalesangue.it/nazionale/>
- Legge n. 219 del 21/10/2005, “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati”, art. 17, comma 2, istituzione CoBUS.
- D. Lgs. n. 261 del 20/12/2007, “Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti”.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 81 del 27/01/2023 “Aggiornamento composizione Comitato per il Buon Uso del Sangue”.

Modalità di gestione delle unità non utilizzate. Alla luce della normativa vigente, la stesura di raccomandazioni per l'uso degli emocomponenti e degli emoderivati appare indispensabile allo scopo di favorire l'uso appropriato di questa risorsa. Rendicontazione annuale COBUS.

Indicatore

Restituzione sacche entro le 72 ore

Valore atteso

$\geq 80\%$

A.3) Riduzione del consumo inappropriato di antibiotici in ambito ospedaliero

- DGR 7-8279 del 11/03/2024, Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024, allegato A, obiettivo 5.2.1, pag. 45;
- Nota Regione Piemonte *“Indicatori per Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e dell’Antimicrobicoresistenza (AMR). Anno 2023”* (prot. 36369 del 14 giugno 23); all. B *“Antibiotico Stewardship”*;
- Piano nazionale di contrasto all’antibiotico-resistenza 2022-2025 (PNCAR), pag. 42;
- Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, *“Misure per il contrasto dell’antimicrobico resistenza”* pag. 205.

Sorveglianza e controllo dell’antimicrobicoresistenza. Attività di antibiotico stewardship.

Promozione di interventi efficaci di valutazione e miglioramento dell’uso di antibiotici.

Monitoraggio delle resistenze antimicrobiche e del consumo di alcuni antibiotici e con analisi dei consumi in DDD/100 giornate di degenza.

Indicatore

- Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi in ambito ospedaliero.
- Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni in ambito ospedaliero

Valore atteso

- Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC) $\geq 4\%$ in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022.
- Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC) $\geq 4\%$ in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022

A.4) Piano di attività del Corso di Formazione in Infezioni Ospedaliere

- D.G.R. 1-6675 29/03/2023, PNRR – Missione 6, Componente C2 – Investimento 2.2 (b) – Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere;

Strutture coinvolte: SS.CC. Sanitarie, DMPO, Di.P.Sa., S.C. GORU - Settore Formazione.

Valore atteso

- 250 operatori formati a livello aziendale

A.5) Sorveglianza del consumo di soluzione idro-alcolica (CSIA) per l'igiene delle mani

- Nota regione Piemonte “Indicatori per Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e dell’Antimicrobicoresistenza (AMR). Anno 2024”;
- Piano nazionale di contrasto all’antibiotico-resistenza 2022-2025 (PNCAR), pag. 46;
- Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025,” pag.167;
- “Linee guida sull’igiene delle mani” pubblicate dall’OMS nel 2009.

Sorveglianza e controllo delle ICA.

L’igiene delle mani è scientificamente riconosciuta come la strategia più importante per prevenire la diffusione dei microrganismi resistenti agli antibiotici e ridurre le infezioni correlate all’assistenza (ICA). L’importanza del suo ruolo è stata più volte sottolineata da tutte le istituzioni nazionali e internazionali, inclusa l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Le Aziende promuovono interventi efficaci per l’igiene delle mani in proporzione al numero di pazienti assistiti. Predisposizione di un sistema di monitoraggio continuo. Alle aziende è richiesto di realizzare un programma di prevenzione del rischio infettivo ed attivare gli indicatori condivisi a livello regionale la cui sintesi è trasmessa ai fini della valutazione annuale da parte della Direzione Generale.

Indicatore

Consumo del gel idroalcolico calcolato in litri/1000 giorni di assistenza

Valore atteso

≥ 20 L/1000 giorni di assistenza

A.6) Donazioni d'organo

.I) Non opposizione alla donazione di organi

.II) Donatori di cornee

- DGR 7-8279 del 11/03/2024, Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024, allegato A, area “Qualità”, obiettivo 4.6;
- DGR 11-7385 del 03/08/2023, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2023, allegato A, area “Accessibilità”, obiettivo 4.5;
- DGR n.48-8659 del 29/03/2019, Recepimento Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in merito al documento recante “Programma Nazionale di Donazione Organi 2018-2020.

Piena attuazione – attraverso il Coordinamento ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, operativamente e funzionalmente in staff alla Direzione Sanitaria, con il supporto dell’infermiere esperto nel procurement, come previsto dalla DD n.466 del 7 giugno 2019 – dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti finalizzati per il 2024 a incrementare il procurement di organi e cornee.

Sensibilizzare il personale medico e infermieristico dei reparti di ricovero affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di organi. Applicare in tutti i casi

di decesso presso il proprio reparto i criteri per la selezione dei donatori ed in caso di possibilità di donazione richiedere il consenso dei familiari.

Rendicontazione annuale Gruppo coordinamento aziendale.

Indicatori
I) <u>Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero</u> <u>segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione</u> <u>afferenti al P.O. senza volontà (favorevole o contraria) presente nel Sistema Informativo Trapianti</u>
La valutazione sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. che hanno meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2024 senza volontà presente nel SIT.
II) $\frac{N^{\circ} \text{ donatori di cornea nel 2024}}{\text{totale dei decessi ospedalieri nel 2022 fra i 5 e i 78 anni compresi}}$
Valore atteso
I) Tasso di opposizione alla donazione $\leq 33\%$ delle segnalazioni di morte encefalica.
II) N° donatori di cornee = 38.
(Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e 78 anni compresi).

A.7) Verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo

- DGR 7-8279 del 11/03/2024, Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024, allegato A, obiettivo 1.5, pag. 45;
- Obiettivi Generali Dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale, Integrativa e Protesica -PSSR 2007-10- (par. 2.2.3) – Appropriatelyzza.

Strutture interessate: S.C. Oculistica, S.C. Ginecologia, S.C.D.U. Oncologia, S.C. Pneumologia, S.C.D.U. Immunologia e Allergologia, S.S.D.D.U. Reumatologia, S.C. Farmacia Ospedaliera.

“...Il governo della domanda di servizi e prestazioni riguarda, (tra gli altri) ... i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza”.

Indicatore
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo (sottoposti a monitoraggio dall'AIFA).
Valore atteso
Compilazione dei relativi registri e invio delle richieste di rimborso (ove previsto)

A.8) Tempi di attesa ricovero

- D.G.R. 12-156 del 02/08/2019 “Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali”, all. A; area “Accessibilità”, obiettivo 3.1. “tempi di attesa ricoveri”;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato dall’Intesa Stato - Regioni del 21 febbraio 2019.

Rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max 30 gg) e B (max 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNGLA.

Indicatore	
• Per tipologia di intervento con codice di priorità A:	
N° prestazioni per classe di priorità A erogate entro 30 gg	$\gg \frac{N^{\circ} \text{ prestazioni per classe di priorità A erogate entro 30 gg}}{N^{\circ} \text{ prestazioni totali per classe di priorità A}}$
• Per tipologia di intervento con codice di priorità B:	
N° prestazioni per classe di priorità B erogate entro 60 gg	$\gg \frac{N^{\circ} \text{ prestazioni per classe di priorità B erogate entro 60 gg}}{N^{\circ} \text{ prestazioni totali per classe di priorità B}}$
Valore atteso	
Vedi tabella che segue	

Dipartimento	Struttura	Procedure	Cod.priorità A max 30gg	Cod.priorità B max 60gg
Chirurgico	S.C. Cardiochirurgia	By-pass aortocoronarico	≥ 90%	≥ 90%
	S.C. Chirurgia Plastica	Interventi chirurgici melanoma	≥ 90%	≥ 90%
	S.C. Chirurgia Generale ed Oncologica	Colecistectomia laparoscopica	≥ 67%	≥ 90%
		interventi chirurgici tumore colon retto	≥ 90%	≥ 90%
		interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	≥ 89%	≥ 90%

Dipartimento	Struttura	Procedure	Cod.priorità A max 30gg	Cod.priorità B max 60gg
Chirurgico	S.C. Chirurgia Vascolare	endoarteriectomia carotidea	≥ 90%	≥ 90%
	S.C.D.U.Ostetricia e Ginecologia	interventi chirurgici tumore mammella	≥ 90%	≥ 90%
		interventi chirurgici tumori utero	≥ 90%	≥ 90%
	S.C.Otorinolaringoiatria	interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	≥ 89%	≥ 90%
	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	interventi protesi d'anca	≥ 90%	≥ 90%
	S.C. Urologia	interventi chirurgici tumore prostata	≥ 90%	≥ 90%
Medico	S.C. Cardiologia	interventi Angioplastica coronarica (PTCA)	≥ 90%	≥ 90%
		Coronarografia	≥ 90%	≥ 90%
Diagnostica e Servizi	S.C.Radiodiagnostica	biopsia cutanea fegato	≥ 90%	≥ 90%

B. DIPARTIMENTO CHIRURGICO

➤ OBIETTIVI COMUNI

B.1) Contenimento delle giornate di degenza pre-intervento per ricoveri chirurgici programmati

Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale.

- D.G.R. 10/02/2014 n 14-7092 Modificazione alla DRG 4-2495 del 3 agosto 2011 “Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell’attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza”

Strutture interessate: S.C. Cardiocirurgia, S.C. Chirurgia Generale ed Oncologica, S.C. Chirurgia Vascolare, S.C. Urologia (monitoraggio)

Indicatore

N° ricoveri con degenza preoperatoria <1 gg (in elezione) escluso fuori regione

N. di dimessi con attesa preintervento fino ad 1 giorno

N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico

Valore atteso

> 95%

B.2) Tempi di attesa visita specialistica

- D.G.R. 12-156 del 02/08/2019 “Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali”, all. A; area “Accessibilità”, obiettivo 3.2. “tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale”;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato dall’Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019.

Strutture interessate: Chirurgia plastica (visita dermatologica), Chirurgia Vascolare, Ginecologia, Ortopedia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia.

Misurare la capacità di risposta tempestiva del SSR nell’erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

Miglioramento della capacità dell’organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-

3307/2016 e s.m.i., del tempo medio di erogazione delle prestazioni . Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex DGR 30-3307/2016 e smi).

Indice di performance di erogazione delle prestazioni: è calcolato, partendo dalla produzione per le prestazioni oggetto di monitoraggio, come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate.

Indicatore
$\Sigma \frac{(data\ prenotazione - data\ erogazione)}{N^{\circ} prestazioni}$
Valore atteso ≤ 30 gg. In caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30%

B.3) Tempi di attesa prestazioni strumentali di specialistica ambulatoriale

- D.G.R. 12-156 del 02/08/2019 “Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali”, all. A; area “Accessibilità”, obiettivo 3.2 “tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale”;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato dall’Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019.

Indicatore
$\Sigma \frac{(data\ prenotazione - data\ erogazione)}{N^{\circ} prestazioni}$
Valore atteso ≤ Standard regionale, vd tabella che segue. In caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30%

Struttura	Prestazione	Standard regionale indice di performance in giornate
S.C. Chirurgia Vascolare	Eco (color) dei tronchi sovraortici	40
	Eco (color) doppler dei vasi periferici	30
S.C. Oculistica	Fotografia del fundus	30
S.C. Ostetricia e Ginecologia	Ecografia ostetrica	11

S.C. Otorinolaringoiatria	Esame audiometrico tonale	30
------------------------------	---------------------------	----

B.4) Sorveglianza e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)

I) Disponibilità del tasso di incidenza di Infezioni del sito chirurgico.

Si introduce una sorveglianza a rotazione sugli interventi chirurgici, di colon retto, cardiocirurgici, mastectomia con protesi, urologia.

II) Prevalenza dell'applicazione dei "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità.

Misurare l'attenzione dell'Azienda alla sorveglianza dell'implementazione delle misure di controllo negli interventi di chirurgia.

Strutture interessate: S.C. Cardiocirurgia, S.C. Chirurgia Generale ed Oncologica, S.C. Urologia, S.C. Di.P.Sa in collaborazione con DSPO

- Nota Regione Piemonte “Indicatori per Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e dell’Antimicrobicoresistenza (AMR). Anno 2023.” (prot. 36369 del 14 giugno 23); indicatore n.7; allegato C “Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico”; all. D “Bundle - ISC”.

Tra le infezioni correlate all’assistenza (ICA), le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano una delle complicanze più frequenti. Lo scopo principale della sorveglianza delle ISC è la raccolta di dati sui tassi di queste al fine di guidare l'identificazione di azioni di miglioramento e valutare l'efficacia di questi interventi.

La sorveglianza delle ISC è stata affidata al Sistema nazionale di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SNICH).

Sono di seguito elencati gli interventi sotto sorveglianza in Piemonte con i codici ICD9CM.

Ogni Azienda sottoporrà a sorveglianza di 6 mesi gli interventi su colon e retto o protesi d'anca o interventi cardiocirurgici, mastectomia con protesi o urologia (vescica o prostata) (minimo 50 interventi).

Indicatore

- 1) Presenza di tasso di incidenza delle ISC / Denominatore: numero interventi su sei mesi di sorveglianza. Sorveglianza sei mesi di tutti gli interventi del periodo considerato. Allegato C.
- 2) Esecuzione dei bundle, raccolta dati in specifica sezione piattaforma SNICH. Allegato D.

Valore atteso

- 1) Studio di incidenza, dati caricati su apposita piattaforma. Cfr. Verbale CIO
 - 2) Dati di frequenza dell'applicazione dei bundle in almeno il 100 % degli interventi sorvegliati.
- Applicazione dei “bundle” superiore al 90% degli interventi per i quali è raccolto il "bundle"

B.5) Monitoraggio e Garanzia LEA- Sistema NSG

DGR 7-8279 del 11/03/2024, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2024; allegato A, area “Qualità”, obiettivo 4.4.2, pag. 33.

- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.

Indicatore:

il raggiungimento è riconosciuto proporzionalmente rispetto al valore di partenza 2023.

➤ OBIETTIVI AREA CHIRURGICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA

S.C. Anestesia e Rianimazione Generale

- Donazioni d'organo – Sub-obiettivo: Segnalazione di soggetti in morte encefalica (BDI%)

- DGR 11-7385 del 03/08/2023, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2023, allegato A, area “Accessibilità”, obiettivo 4.5;
- DGR n.48-8659 del 29/03/2019, Recepimento Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in merito al documento recante “Programma Nazionale di Donazione Organi 2018-2020.

Piena attuazione dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati per il 2023 a incrementare il procurement di organi e cornee.

Indicatore

BDI

$$\frac{\text{n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al P.O.}}{\text{n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti al P.O. con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica}}$$

Valore atteso

BDI % = 20 – 40% → ob. parzialmente raggiunto.

BDI % = 20 – 40% → ob. parzialmente raggiunto.

≥ 40% → ob. raggiunto

- Evidenza di sorveglianza delle infezioni chirurgiche, di batteriemie e polmoniti (VAP) in terapia intensiva

- Nota Regione Piemonte “Indicatori per Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e dell’Antimicrobicoresistenza (AMR). Anno 2023.”(prot. 36369 del 14 giugno 23); indicatore 7;
all. E “Sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva”;
- Piano nazionale di contrasto all’antibiotico-resistenza 2022-2025 (PNCAR), pag. 46;
- DGR 22-4256 del 2021.

Sorveglianza e controllo delle ICA. Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori. Sono documentati gli esiti della sorveglianza sugli interventi chirurgici, batteriemie e VAP in Terapia Intensiva.

Indicatore

Disponibilità del tasso di incidenza di batteriemie /1000 giorni CVC e incidenza VAP /1000 giorni ventilazione assistita; disponibilità dell’analisi del dato di incidenza e mortalità rispetto ai dati regionali GiViTI, commentato in relazione al trend degli ultimi quattro anni e alla tipologia di ricovero che caratterizza l’ICU.

Valore atteso Certificazione report GIVITI

S.C. Chirurgia Generale ed Oncologica

- Percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

- D.G.R. 12-156 del 02/08/2019 “Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali”, all. A; area “Qualità dell’assistenza”, obiettivo 4.4. “Area Chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica”

Indicatore
<i>intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 >>> $\frac{\text{ricoveri per colecis}}{\text{interventi}}$</i>
Valore atteso tasso aggiustato > 70%

S.C. Odontostomatologia

- Obiettivi clinici choosing wisely. Televisita a tutti i pazienti disabili trattati in narcosi nel loro follow

Indicatore
Ottimizzare la procedura ed aumentare il coinvolgimento degli operatori
Valore atteso 50 televisite

S.C.D.U. Ostetricia e Ginecologia

- Appropriatezza nell’assistenza al parto

- DGR 11-7385 del 03/08/2023, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2023; allegato A, area “Accessibilità”, obiettivo 4.4;
- DGR 34-8769 del 12/05/2008 e s.m.i. “Piano socio-sanitario regionale 2007-2010. Area materno infantile: definizione e obiettivi del percorso nascita;
- Accordo Stato Regioni del 2010;
- Programma Nazionale Esiti (PNE) Agenas 2022.

Indicatori
1) Proporzione di parti con taglio cesareo primario

$$\frac{n^{\circ} \text{ parti con cesareo primario}}{n^{\circ} \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$$

- 2) Bilancio di Salute materno-fetale alla 36° - 37° settimana
Coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DGR di parto da 370 a 375

Valore atteso

- 1) Maternità di II livello: tasso aggiustato $\leq 20,00\%$
- 2) 100%

S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia

- Area osteomuscolare. Proporzione dei ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni

- DGR 11-7385 del 03/08/2023, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2023; allegato A, area "Accessibilità", obiettivo 4.2;
- Programma Nazionale Esiti (PNE) Agenas 2022.
- Linee guida internazionali.

Indicatore

$$\frac{n^{\circ} \text{ di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore } \in \text{ cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall' arrivo } \in \text{ PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo } \in \text{ PS)}}{n^{\circ} \text{ di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore}}$$

L'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.

Valore

Tasso aggiustato $\geq 70\%$

C. DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO

➤ OBIETTIVI COMUNI

C.1) Ottimizzazione del tempo intercorrente tra il momento del prelievo e l'acquisizione del risultato da parte del richiedente (turn around time: TAT).

Prestazioni di citologia aspirativa extra-tiroidea.

Strutture Coinvolte: S.C. Anatomia Patologica, S.C. Laboratorio Analisi, S.C. Radiodiagnostica (in monitoraggio), S.C. Radioterapia, S.C. Medicina Nucleare, S.C. Endocrinologia.

➤ OBIETTIVI AREA DIAGNOSTICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA

S.C. Anatomia Patologica

- TAT Biopsie mammarie ecoguidate con eventuale pannello recettori / fattori di prognosi entro i 5 gg lavorativi

-Affiancamento alla Direzione Sanitaria per l'espletamento delle pratiche relative all'attività necroscopica.

S.C. Farmacia Ospedaliera

1. Attività di Ricognizione e Riconciliazione Terapeutica /Follow-up terapeutico nelle Transizioni di Cura:

2. Logistica del farmaco

3. Governo della spesa farmaceutica

Aumento del numero di prestazioni; Formazione e Diffusione degli strumenti operativi.

Attivazione, potenziamento ed ottimizzazione dell'automazione logistica del farmaco nell'area di Continuità H-T.

- Rispetto dei tempi pagamento delle fatture commerciali (60 gg. data ricevimento fattura), liquidazione della fattura elettronica entro 45 giorni dalla data di registrazione.

- Legge 145/2018, art.1, comma 865
- Lgs. 231/2002 “Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali”, art. 4.

S.C. Fisica Sanitaria

- Implementazione della dosimetria e della radioprotezione nelle terapie medico-nucleari dell'ipertiroidismo.

- Decreto Legislativo 31 luglio 2020, n. 101

Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117.

Indicatore Numero dosimetrie/numero trattamenti. Valore atteso > 50%

- Implementazione delle dosimetrie personalizzate ai pazienti in trattamento con ^{131}I ad alte attività (>150 mCi).

Indicatore Numero dosimetrie eseguite/numero pazienti trattati con alte attività. Report condiviso Valore atteso > 50%

- Esecuzione di piani di trattamento VMAT sul numero maggiore di pazienti

Indicatore piani di trattamento VMAT/piani di trattamento totali Valore atteso > 70% (75%)

- Attività presso ASL Torino - TO3 - AOU San Luigi

Nell'anno 2022 la Regione Piemonte con DGR 11-6168 ha convertito la SC dell'AO in SC interaziendale tra AO - ASL Città di Torino - ASL TO3 all'interno dell'area omogenea Torino Ovest, mentre continua l'attività in convenzione con l'AOU San Luigi. I costi della struttura sono suddivisi tra le varie ASR.

- Richieste consulenza Fisica sanitaria

S.C. Laboratorio Analisi

- Indicatori per sorveglianza e controllo delle ICA e dell'Antimicrobicoresistenza - Anno 2023 -Regione Piemonte:

Indicatore 6

“L’azienda dispone dei dati compresi negli indicatori del PNCAR e li raccoglie con periodicità semestrale/annuale”.

Indicatore 4

“Evidenza di sorveglianza microbiologica in accordo con le attività previste dal PNCAR”.

- Nota regione Piemonte “Indicatori per Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e dell’Antimicrobicoresistenza (AMR). Anno 2023”.

- Riorganizzazione strutturale e organizzativa laboratorio completamento nell'anno 2024

- 1) Preparazione della ex Segreteria e spostamento di tutti gli strumenti e scrivanie del settore Calcolosi con posizionamento dei frigoriferi, cappe e gas necessari all’esecuzione degli esami di questo settore.
- 2) Preparazione e spostamento di tutti gli strumenti e scrivanie nel nuovo settore della microbiologia a pressione negativa.
- 3) Apertura e rifacimento della nuova entrata di servizio del Laboratorio nel vano scale al 1 piano sopra l’entrata principale."

S.C. Medicina Nucleare

- Richiesta tomoscintigrafia (PET) cerebrale C.R. 92.11.7

valutazione che non vengano sottoposti a PET con tracciante per l'amiloide soggetti asintomatici per deterioramento cognitivo, neanche in presenza di familiarità, nonché soggetti che lamentino disturbi della memoria non confermati dalle valutazioni neuropsicologiche CNF1"

- Implementazione della dosimetria e della radioprotezione nelle terapia medico-nucleari dell'ipertiroidismo (ai sensi della legge 101/2020).

- Implementazione delle dosimetrie personalizzate ai pazienti in trattamento con ^{131}I ad alte attività (>150 mCi).

Indicatore numero dosimetrie eseguite/numero pazienti trattati con alte attività. Report condiviso Valore atteso
--

> 50%

- Esecuzione di piani di trattamento VMAT sul numero maggiore di pazienti

Indicatore
piani di trattamento VMAT/piani di trattamento totali
Atteso
> 70% (75%)

S.C. Radiodiagnostica

- Tempi di attesa prestazioni strumentali di specialistica ambulatoriale

- D.G.R. 12-156 del 02/08/2019 “Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali”, all. A; area “Accessibilità”, obiettivo 3.2. “tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale”;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato dall’Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019.

Misurare la capacità di risposta tempestiva del SSR nell’erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

Miglioramento della capacità dell’organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016 e s.m.i., del tempo medio di erogazione delle prestazioni. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex DGR 30-3307/2016 e smi).

Indice di performance di erogazione delle prestazioni: è calcolato, partendo dalla produzione per le prestazioni oggetto di monitoraggio, come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate.

Indicatore

$$\Sigma \frac{(data\ prenotazione - data\ erogazione)}{N^{\circ} prestazioni}$$

Valore atteso

≤ Standard regionale, vd tabella che segue.

In caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30% (escluse RM e TC)

Prestazione	Standard regionale indice di performance in giornate
Mammografia bilaterale	40

Prestazione	Standard regionale indice di performance in giornate
Mammografia monolaterale	40
TAC senza e con mezzo di contrasto torace addome / completo/ inferiore/ superiore	30
TAC cranio - encefalo con /senza mezzo di contrasto	30
TAC senza e con mezzo di contrasto rachide e speco vertebrale toracico/lombosacrale/cervicale	30
TAC bacino e articolazioni sacro iliache	30
RMN encefalo tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	30
RM con o senza mezzo di contrasto addome inferiore e scavo pelvico	30
RM con o senza mezzo di contrasto colonna in toto	30
Ecografia addome completo/ superiore/inferiore	30
Biopsia cutanea fegato	1

S.C. Radioterapia

- Rispetto del timing, a completamento dell'iter diagnostico, fra visita GIC e inizio della Radioterapia esclusiva o Radiochemioterapia concomitante nel trattamento radicale del carcinoma squamoso dell'ano e del canale anale, in accordo con le Linee Guida della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta

Indicatore
intervallo di tempo fra visita GIC ed inizio Radioterapia o Radiochemioterapia concomitante non superiore a 20 giorni nel 100% dei pazienti.

D. DIPARTIMENTO MEDICO

► OBIETTIVI COMUNI

D.1) Riduzione delle giornate di degenza che supera i valori medi indicati dalla Regione Piemonte per i primi DRG in ordine di frequenza per ogni struttura

Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale.

- D.G.R. 10/02/2014 n 14-7092 Modificazione alla DRG 4-2495 del 3 agosto 2011 “Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell’attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza”

Struttura	DRG	Degenza Regionale Atteso
S.C. Endocrinologia	296	10,2 gg
S.C. Medicina Interna	089	17,5 gg
S.C. Nefrologia	316	12 gg
S.C. Neurologia	014	12,01 gg
S.C. Pneumologia	087	7 gg
S.S.D.D.U. Reumatologia	240	30 gg

D.2) Tempi di attesa visita specialistica

- D.G.R. 12-156 del 02/08/2019 “Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali”, all. A; area “Accessibilità”, obiettivo 3.2. “tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale”.

Misurare la capacità di risposta tempestiva del SSR nell’erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

Miglioramento della capacità dell’organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016 e s.m.i., del tempo medio di erogazione delle prestazioni. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex DGR 30-3307/2016 e smi).

Indice di performance di erogazione delle prestazioni: è calcolato, partendo dalla produzione per le prestazioni oggetto di monitoraggio, come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate.

Strutture interessate: S.C. Cardiologia, S.C. Endocrinologia, S.C. Gastroenterologia, S.C. Neurologia

S.C. Pneumologia, S.C. Recupero e Riabilitazione, S.C.D.U. Immunologia e Allergologia, S.S.D.D.U. Reumatologia.

Indicatore
$\Sigma \frac{(data\ prenotazione - data\ erogazione)}{N^{\circ}\ prestazioni}$
Valore atteso ≤ 30 gg. In caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30%.

D.3) Tempi di attesa prestazioni strumentali di specialistica ambulatoriale

- D.G.R. 12-156 del 02/08/2019 “Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali”, all. A; area “Accessibilità”, obiettivo 3.2. “tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale”;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato dall’Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019.

Misurare la capacità di risposta tempestiva del SSR nell’erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

Miglioramento della capacità dell’organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016 e s.m.i., del tempo medio di erogazione delle prestazioni. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex DGR 30-3307/2016 e smi).

Indice di performance di erogazione delle prestazioni: è calcolato, partendo dalla produzione per le prestazioni oggetto di monitoraggio, come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate.

Indicatore
$\Sigma \frac{(data\ prenotazione - data\ erogazione)}{N^{\circ}\ prestazioni}$
Valore atteso ≤ Standard regionale, vd tabella che segue. In caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30%

Struttura	Prestazione	Standard regionale indice di performance in giornate
S.C. Cardiologia	Tempi di attesa eco color dopplergrafia cardiaca	40 gg
	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con cicloergonometro o con pedana mobile	40 gg
	-Tempi di attesa esecuzioni 1) elettrocardiogramma dinamico (holter) 2) elettrocardiogramma da sforzo	40 gg
S.C. Endocrinologia e Diabetologia	Ecografia capo collo	40 gg
S.C. Gastroenterologia	colonscopia totale/retto sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30 gg
	polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	30 gg
	attesa esofagogastro duodenoscopia con biopsia in sede unica	30 gg
S.C. Neurologia	Elettromiografia semplice	30 gg
S.C. Pneumologia	spirometria globale/spirometria semplice	40 gg

D.5) Velocizzare il ricovero da pronto soccorso

Strutture interessate: SS.CC.: Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia.

- Deliberazione della Giunta Regionale 7 aprile 2011, n. 18-1831 "attuazione piano di rientro, interventi e misure di riorganizzazione del sistema della rete di Emergenza Ospedaliera della Regione Piemonte.
Rispetto dell'accordo interno relativo alla necessità di posti letto in area medica.

Indicatore Mettere a disposizione del pronto posti letto Valore atteso ≥ 11 posti letto per il pronto soccorso esclusi i giorni festivi
--

D.6) Monitoraggio e Garanzia LEA- Sistema NSG

DGR 7-8279 del 11/03/2024, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2024; allegato A, area “Qualità”, obiettivi 4.4.2, pag. 33.

- Tasso di Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti, Valutazione per area omogenea da parte Regione Piemonte

Indicatore:

Valutazione per area omogenea da parte della Regione Piemonte che comunicherà successivamente il valore target.

Rimangono in monitoraggio i tempi medi di degenza.

- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.

Indicatore:

il raggiungimento è riconosciuto proporzionalmente rispetto al valore di partenza 2023.

➤ OBIETTIVI AREA MEDICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA

S.C. Cardiologia

- “Tempestività nell’effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi”

- DGR 7-8279 del 11/03/2024, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2024; allegato A, area “Qualità”, obiettivo 4.5, pag. 35;
- DM 70 del 02/04/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, vd. reti di patologie tempo dipendenti.
- Programma Nazionale Esiti (PNE) Agenas 2022.

Monitoraggio della tempestività nell’effettuazione dell’angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente.

Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dall’accesso nella struttura di ricovero (in linea con quanto già previsto dalla DGR 23-5653 del 19/09/2022 “assegnazione obiettivi ... ai DG...anno 2022”).

Indicatore

Numero episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti / numero di episodi di STEMI.

Valore Obiettivo

Tasso grezzo $\geq 60\%$

S.C. Gastroenterologia

- “Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici - Colon retto”

- DGR 7-8279 del 11/03/2024, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2024; allegato A, area “Prevenzione”, obiettivo 5.1.

Gli obiettivi vengono valutati a livello dei sei programmi di prevenzione secondaria dei tumori cui partecipano le aziende. L’A.O. Mauriziano partecipa solo per lo screening del cancro del colon retto.

Raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni.

Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita.

La popolazione target: uomini e donne di età tra 50 – 74 anni; intervallo: due anni.

Indicatori
Coperture inviti = $\frac{N^{\circ} \text{ persone invitate} + \text{adesioni spontanee}}{\text{popolazione bersaglio annuale}}$
Copertura esami = $\frac{N^{\circ} \text{ persone sottoposte al test di screening, incluse} \leq \text{adesioni spontanee}}{\text{popolazione bersaglio annuale}}$
Valore atteso
Copertura inviti = 100% ; minimo 97%
Copertura esami = 40% ; minimo 35%

S.C. Pediatria e Neonatologia

Obiettivi di Choosing Wisely

- Progetto europeo finalizzato alla valutazione e al miglioramento della qualità di cura del bambino

La Struttura Complessa di Pediatria dell'Ospedale Mauriziano è stata identificata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) come centro italiano di coordinamento insieme all'Ospedale pediatrico di Riga (Lettonia) di un progetto europeo finalizzato alla valutazione e al miglioramento della qualità di cura del bambino (project-work ciclico con azioni di valutazione seguite da azioni di miglioramento della quality of care). La durata prevista del Progetto è di 36 mesi

progetto europeo finalizzato alla valutazione e al miglioramento della qualità di cura del bambino (project-work ciclico con azioni di valutazione seguite da azioni di miglioramento della quality of care).

- Malattie rare: percorsi comuni

La SC Pediatria si impegna nel 2024 a favorire e definire percorsi di transizione anche per i pazienti pediatrici affetti da malattie rare.

S.C. Pneumologia

- DGR 7-8279 del 11/03/2024, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2024; allegato A, "Governo di Fattori Produttivi", obiettivo 1.3, pag. 15.

Monitoraggio delle prescrizioni e delle relative erogazioni, con particolare riferimento all'ossigeno terapia domiciliare (DD) con l'intento di promuovere il progressivo allineamento al tetto di spesa previsto da AIFA

Indicatore
- Definizione di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza

prescrittiva e la sostenibilità economica attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro, coordinato da AZIENDA ZERO;

- Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2024 / Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2023

Valore atteso

- Istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attività entro il 30 aprile 2024.

- Quantità anno 2024 minore o uguale all'anno 2023 per ciascuna ASR

E. DIPARTIMENTO FUNZIONALE EMERGENZA E ACCETTAZIONE

S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'urgenza (MECAU)

- Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding

- DGR 7-8279 del 11/03/2024, Assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2024; allegato A, area "Prevenzione", obiettivo 6.2, pag. 48.
- DGR 23-5653 del 19 settembre 2022 "Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali", all. A; area "Qualità", obiettivo 2.5. "Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding".

Il presente obiettivo ha la finalità di consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili.

Si articola nei seguenti sub-obiettivi:

I. Gestione Sovraffollamento e boarding

DGR 16 gennaio 2023, n.23-6428 "Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso"

Il G.T.P. (Gruppo Tecnico Permanente - già istituito) coordinato dalla Direzione Medica di Presidio deve essere costituito da Direttori/Responsabili del P.S. delle Unità Operative Mediche e Chirurgiche, dalle professioni sanitarie, dal Bed Manager, dal NOCC, deve produrre ogni mese un rapporto di audit a livello aziendale da condividere tra la Direzione strategica, le Direzioni dei presidi ospedalieri e bed manager, le direzioni dei dipartimenti con il supporto e la supervisione del Gruppo regionale per il sovraffollamento del ps e per i ricoveri in area di degenza

II. Monitoraggio per la riduzione del boarding

DGR 23-6428 del 16/1/2023, "Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso"

Attivazione Precode del Nucleo Continuità delle Cure (nocc) per invio nel minor tempo possibile in strutture alternative all'ospedale (CAVS, OdC, RSA, Hospice, ecc)"

Indicatore
Rilevazione giornaliera ed audit almeno mensile
Valore atteso
Report con rilevazione giornaliera su boarding. Un audit clinico assistenziale organizzativo almeno mensile

III. Tempo medio di permanenza in PS

Indicatore
$\frac{\text{data o ora di dimissione dal PS} - \text{data o ora di accesso al PS}}{n^{\circ} \text{ di accessi} \in \text{PS}}$
Valore atteso
≤ 8 ore

IV. L'ammissione dei pazienti in O.B.I.

Laddove appropriata, deve avvenire entro un tempo massimo di 6 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 36 ore dall'inizio del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

V. Tempi di Attesa

Inizio del triage: deve essere garantito di norma entro cinque minuti a tutti coloro che accedono al pronto soccorso.

Tempo massimo di attesa:

- codici 1 (rosso) accesso immediato alle aree di trattamento
- codici 2 (arancione) accesso entro 15 minuti
- codici 3 (azzurro) accesso entro 60 minuti
- codici 4 (verde) accesso entro 120 minuti
- codici 5 (bianco) accesso entro 240 minuti

TEMPO MASSIMO dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: 8 ore

F. S.C. DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE (Di.P.Sa.)

- *Collaborazione con i Direttori di Dipartimento e i Direttori delle Strutture complesse al raggiungimento degli obiettivi assegnati*

Indicatore Partecipazione riunioni multiprofessionali Verbal di informazione ai collaboratori

- *Migliorare il percorso ospedaliero di presa in carico assistenziale dei pazienti in cure palliative. Collaborazione con Regione ed Azienda Zero a PL12 ed attivazione azioni interne in collaborazione con DSPO*

Indicatore Procedura presa in carico assistenziale pazienti in cure palliative. Definizione profilo di posto Infermiere di cure palliative. Partecipazione percorsi formativi PL 12 e attivazione percorsi in ospedale su voler vivere sani
--

- *Dati di frequenza dell'applicazione dei bundle in almeno il 100 % degli interventi sorvegliati*
Applicazione dei "bundle" superiore al 90% degli interventi per i quali è raccolto il "bundle"
esecuzione dei bundle raccolta dati piattaforma SNIch secondo le linee guida regionale

Strutture interessate: DSPO

Indicatore Rendicontazione annuale CIO – Indagini e risultati in linea con obiettivi regionali

- *Attivazione percorsi riabilitazione in RRU, chirurgia toracica e potenziamento attività in Rianimazione.*

Indicatore Presenza oraria e settimanale personale riabilitazione e partecipazione riunioni
--

- *Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Cardiocirurgia e in Ortopedia*

Strutture interessate: DSPO

Indicatore Rendicontazione annuale CIO – Indagini e risultati in linea con obiettivi regionali

-Migliorare l'utilizzo del sangue ed aumentare la sicurezza del paziente nel percorso trasfusionale

Strutture interessate: DSPO

Indicatore

% restituzione sacche oltre le 72 ore dalla consegna < 20% evidenza delle Azioni e monitoraggio delle situazioni critiche

- Sensibilizzare il personale medico e infermieristico dei reparti di ricovero, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee Applicare in tutti i casi di decesso presso il proprio reparto i criteri per la selezione dei donatori ed in caso di possibilità di donazione richiedere il consenso ai famigliari. Anche per donazione organi.

Indicatore

Rendicontazione annuale COBUS. Con particolare attenzione al dipartimento chirurgico

-Nota regione Piemonte avente ad oggetto "trasmissione degli indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)

Consumo del gel idroalcolico 20L/1000 giorni di assistenza.

Le Aziende promuovono interventi efficaci per l'igiene delle mani in proporzione al numero di pazienti assistiti.

Alle aziende è richiesto di realizzare un programma di prevenzione del rischio infettivo ed attivare gli indicatori condivisi a livello regionale la cui sintesi è trasmessa ai fini della valutazione annuale da parte della Direzione Generale.

Indicatore

Report aziendale consumo gel degenze

- PROGETTO Nursing FOC: sviluppo dell' infermieristica attraverso modelli organizzativi ed assistenziali "patient and family centrered care" 2024/25 per migliorare presa in carico "personalizzata" delle persone assistite con ampliamento ad altri 6 reparti dell'ospedale con coinvolgimento medici, OSS e riabilitazione nei percorsi degli assistiti. Umanizzazione con reinserimento volontari, ospedale aperto e verde. Avvio del protocollo di ricerca CONFORM

Indicatore

Formazione Coordinatori nuovi reparti Formazione on the job Infermieri nuovi reparti. 30 ore 50 ECM. Riunioni coinvolgimento medici, OSS e personale riabilitazione. Presenza volontari per almeno 4 ore/die e incremento orario visita parenti per almeno 7/ore Die. Presenza dei dati della

fase pre del protocollo di ricerca CONFORM

-CASE MANAGEMENT infermieristico: sviluppo del modello di presa in carico attivato in chirurgia oncologica in alcuni reparti dell'Ospedale (ortopedia, cardiologia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare e breast unit)

Indicatore
Definizione procedura operativa sul processo e del profilo di posto dell'Infermiere case manager

-CUSTOMER SATISFATION Ricerca scientifica con utilizzo nuovo strumento (questionario rivisitato) da validare

Indicatore
Risultati studio

- DAIRI Studio di prevalenza sulla gestione del delirium nei reparti di medicina, cardiologia e chirurgia generale

Indicatore
Risultati studio

- Presenza del Team Accessi Vascolari (VAT) aziendale con operatività in 3 aree dedicate nei 3 Dipartimenti ed adesione alle best practice in collaborazione con DSPO

Indicatore
Aderenza alle indicazioni di best practice durante l'impianto e gestione degli accessi vascolari

- Elaborazione report di competenza e partecipazione audit e numero attivazioni e tempo medio da valutazione medica a richiesta NOCC

Strutture interessate: MECAU e DSPO

SFORAMENTO SEDUTE OPERATORIE Analisi anno 2024. coinvolte dipartimento
chirurgico,DMPO, DipSA, Controllo di gestione

G. S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Adempimenti previsti dal PTTI	per la parti di competenza
Contrasto all'antimicrobiotico resistenza . Promuovere l'uso appropriato antibiotici (Piano nazionale antimicrobiotico resistenza-PNCAR 2022-2025 Obiettivi ai Direttori Generali anno 2024	5.2.1 Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC) $\geq 4\%$ in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022. 5.2.2 Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC) $\geq 4\%$ in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022
D.G.R. 29 marzo 2023, n.1-6675 la Regione Piemonte ha approvato il piano di attività del Corso di Formazione in Infezioni Ospedaliere di cui all'investimento 2.2 (b) della Missione 6, Componente C2 del PNRR Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.	Strutture coinvolte SS.CC. Sanitarie DMPO DiPSA S.C. GORU -Settore Formazione n. partecipanti n.250 azienda
Monitoraggio degli obiettivi dipartimentali e clinici assegnati alle SS.CC. Sanitarie	evidenza del monitoraggio, azioni suggerite per la correzione/modifica degli obiettivi assegnati
Governo dei tempi di attesa .	DGR DGR 9-8256/2024/XI del 11 marzo 2024 OGGETTO: D.L. 14 agosto 2020, n. 104, conv. in L. 13 ottobre 2020 n. 126. Aggiornamento Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa: prime indicazioni per l'anno 2024
Tempi di attesa flusso CUP e flusso C Prestazioni prenotate CUP 2024/ Prestazioni erogate Flusso C 2024 (saranno escluse le prestazioni per le quali non è prevista la prenotazione a CUP, ad esempio laboratorio) OBIETTIVI ai Drettori Generali 2024	Adeguamento infrastrutturale delle applicazioni aziendali al FSE 2.0 - Alimentazione dei documenti clinico-sanitari, prodotti con le nuove modalità tecniche 2.0, nel FSE - Consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali - Piena operatività del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale (in attesa)

Adempimenti previsti dal PTTI	per la parti di competenza
Attuazione piano di recupero delle prestazioni di screenig oncologici Obiettivi ai Direttori Generali anno 2024	Uomini e donne di età 50-74 anni per lo screening coloretale (due anni) NUMERO PERSONE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE Atteso 100% minimo 97%
4.7 OBIETTIVO – PROGRAMMA REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE Obiettivi Direttore Generale 2024 D.D. n. 2005/A1400B/2023 del 28.12.2023 è stato approvato il “Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti 2023-2025” - PRRC.	L’obiettivo mira altresì ad una raccolta sistematica dei dati relativi alle denunce di sinistri/E.S. attraverso una puntuale e completa alimentazione del flusso SIMES al fine di favorire la conoscenza della dimensione del rischio e consentire la predisposizione di un piano di interventi a medio/lungo termine idoneo a ridurre i danni conseguenti ad errori umani e di sistema. Struttura coinvolta SS Affari generali e legali AZIENDA ZERO si pone la finalità di verificare il corretto e puntuale esercizio dell’attività di liquidazione dei sinistri
Migliorare l'utilizzo del sangue ed aumentare la sicurezza del paziente nel percorso trasfusionale Indicatori % restituzione sacche oltre le 72 ore < 20%	azioni poste in essere evidenza delle Azioni e monitoraggio delle situazioni critiche
Appropriatezza prescrittiva : Immunoglobuline "...domanda dei Medicinali Plasma Derivati confermano l'incremento costante nell'uso delle Immunoglobuline polivalenti..." Miglioramento della gestione dell'appropriatezza di utilizzo clinico come da raccomandazioni del "Documento di indirizzo sull'uso delle Immunoglobuline umane in condizioni di carenza" AIFA/CNS dell'8 febbraio 2022 Obiettivi ai Direttori Generali anno 2024	Appropriatezza prescrittiva mediante: - verifica presenza modulistica per la prescrizione con presenza del campo diagnosi obbligatorio - monitoraggio trimestrale del consumo della spesa di Ig a livello aziendale - attivazione gruppi di lavoro aziendali e partecipazione al gruppo coordinato da Azienda Zero In collaborazione con le SSCC Ematologia, Immunologia, Neurologia, Reumatologia e Farmacia
Nota regione piemonte avente ad oggetto "trasmissione degli indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) Prevalenza dell'applicazione dei "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità Misurare l'attenzione dell'Azienda alla sorveglianza dell'implementazione delle misure di controllo negli interventi di chirurgia.	Rendicontazione annuale CIO – Indagini e risultati in linea con obiettivi regionali
Nota regione piemonte avente ad oggetto "trasmissione degli indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) tasso di incidenza di Infezioni del sito chirurgico Si introduce una sorveglianza a rotazione sugli interventi chirurgici, di colon retto, cardiocirurgici, matectmia con protesi, urologia	Rendicontazione annuale CIO – Indagini e risultati in linea con obiettivi regionali

Adempimenti previsti dal PTI	per la parti di competenza
Numero esecuzioni prelievo cornee effettuati totale decessi ospedalieri VS anno precedente DGR n°4-92 del 19 luglio 2019 : Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali	38 donazioni
Nota regione piemonte "trasmissione degli indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)Consumo del gel idroalcolico/1000 giorni di assistenza.Le Aziende promuovono interventi efficaci per l'igiene delle mani in proporzione al numero di pazienti assistiti.Alle aziende è richiesto di realizzare un programma di prevenzione del rischio infettivo ed attivare gli indicatori condivisi a livello regionale la cui sintesi è trasmessa ai fini della valutazione annuale da parte della Direzione Generale.	monitoraggio in collaborazione S.C. Farmacia da fornire alle struttureE' compilato annualmente il Framework del WHO per l'Autovalutazione dell'igiene delle mani(sono inviati il testo in pdf e un file excel per l'inserimento dei dati)3) L'implementazione dell'igiene delle mani è misurata mediante valutazione diretta dei "5momenti" con l'applicazione "Speedy audit".4) In occasione del 5 maggio è promossa una iniziativa sull'Igiene delle mani
rapporto volumi concordati della libera professione/ attività istituzionale.	Evidenza del monitoraggio
Fascicolo sanitario elettronico 2.0 Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6 Obiettivi ai Direttori Generali 2024	Adeguamento infrastrutturale delle applicazioni aziendali al FSE H21- Alimentazione dei documenti clinico-sanitari, prodotti con le nuove modalità tecniche 2.0, nel FSE Consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali Piena operatività del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale Piena operatività dell'Infrastruttura COT Strutture coinvolte Sistemi Informativi
Gestione Sovraffollamento e boarding DGR 16 gennaio 2023, n.23-6428 "Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso" Il G.T.P. (già istituito) coordinato dalla Direzione Medica di Presidio deve essere costituito da Direttori/Responsabili del P.S. delle Unità Operative Mediche e Chirurgiche, dalle professioni sanitarie, dal Bed Manager, dal NOCC, deve produrre ogni mese un rapporto di audit a livello aziendale da condividere tra la Direzione strategica, le Direzioni dei presidi ospedalieri e bed manager, le direzioni dei dipartimenti con il supporto e la supervisione del Gruppo regionale per il sovraffollamento del ps e per i ricoveri in area di degenza OBIETTIVI AI DIRETTORI GENERALI 2024 - DGR 11 MARZO 2024, n. 7-8279	In collaborazione con MECAU DiPSa

Adempimenti previsti dal PTTI	per la parti di competenza
DGR 16 gennaio 2023, n.23-6428 "Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso" "...G. ATTIVAZIONE PRECODE DEL Nucleo Continuità delle Cure (noce) per : invio nel minor tempo possibile in strutture alternative all'ospedale (CAVS, OdC, RSA, Hospice, ecc. ..." OBIETTIVI AI DIRETTORI GENERALI 2024 - DGR 11 MARZO 2024, n. 7-8279	In collaborazione con MECAU DiPSa
SFORAMENTO SEDUTE OPERATORIE Analisi anno 2024 .	coinvolte dipartimento chirurgico, DMPO, DipSA, Controllo di gestione

H. AREA AMMINISTRATIVA TECNICA PROFESSIONALE

➤ OBIETTIVI COMUNI

G.1) Adempimenti di competenza del PTPC 2024 previsti dal PIAO 24/26

Indicatore Adozione misure previste per l'anno 2024
--

G.2) Rispetto dei tempi pagamento delle fatture commerciali (60 gg. Data ricevimento fattura), liquidazione della fattura elettronica entro 40 giorni dalla data di registrazione.

- Legge 145/2018, art.1, comma 865
- D. Lgs. 231/2002 “Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali”, art. 4.

Strutture interessate: S.S. Affari Gen.li, S.S. Ingegneria Clinica, S.C. Provveditorato, S.C. Farmacia, S.C. Tecnico, S.C. Sistemi Informativi, S.C. Economico Finanziario.

G.3) Verifica formazione di cui all'art. 37 D. Lgs. 81/08 del personale assegnato

Strutture interessate: S.S. Affari Gen.li, S.S. Controllo di Gestione, S.C. Economico Finanziario, S.C. Sistemi Informativi, S.S. Ingegneria Clinica, S.C. Provveditorato, S.C. Tecnico.

Indicatore Verifica del completamento del programma di formazione per tutto il personale della struttura

presentato nella relazione agli obiettivi 2022

➤ OBIETTIVI DISTINTI PER STRUTTURA

S.C. Economico Finanziario

<i>Monitoraggio continuo e costante dell'eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare l'eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l'adeguatezza degli accantonamenti a fondo rischi (DGR 7-8279/2024)</i>	Aggiornamento semestrale e a consuntivo del prospetto di valutazione del contenzioso in collaborazione con la S.C. Econ.Finanz.	31 dicembre 2024	S.S. Affari Gen.li e Legali
---	---	------------------	-----------------------------

S.C. GORU

<i>Consolidamento della fascicolazione digitale della documentazione afferente al fascicolo personale per i dipendenti assunti a decorrere dal 1° gennaio al 31 dicembre 2013; l'obiettivo coinvolge tutte le articolazioni organizzative della SC GORU esclusa l'area formazione</i>	L'indicatore di riferimento è il seguente: N° fascicoli / N° assunzioni 2013 = 80% Il raggiungimento dell'obiettivo pieno dovrà tenere conto del numero di assunzioni effettuate e previste per l'anno in corso.	Obiettivo pluriennale
<i>Percorso di efficientamento delle azioni reclutative del S.S.R. per il raggiungimento del target previsto nell'ambito del piano straordinario per il personale sanitario (DGR 7-8279/2024).</i>	Target personale dipendente in servizio al 31.12.2024 (personale dipendente in servizio al 30.06.2023 incrementato ai sensi del fabbisogno approvato in sede di osservatorio dirigenza e comparto sanitario)	31/12/2024
<i>Aggiornamento dell'Anagrafe regionale operatori sanitari</i>	Verifica corretta alimentazione del flusso regionale OPESSAN	Semestrale

<i>OPESSAN (DGR 7-8279/2024).</i>		
<i>Corsi di formazione in Infezioni Ospedaliere di cui all'investimento della missione 6 PNRR (DGR 7-8279/2024).</i>	Attestazione del D.G. del numero di formati	31/12/2024

S.C. ICT Sistemi Informativi

<i>Procedure per la messa in atto del progetto Cartella Clinica finanziato con i fondi del PNRR</i>	Rispetto del cronoprogramma condiviso con la Regione	31/12/2024	
<i>Attivazione del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale</i>	Operatività dei sistemi di accettazione, refertazione e rendicontazione	Dalla data stabilita dal Ministero della Sanità/Direzione sanità	DSPO Controllo Gestione / di

S.C. Provveditorato

<i>Realizzazione degli investimenti sanitari non eccedenti le risorse regionali assegnate fatto salvo per gli interventi per i quali sussistano motivi di urgenza e improcrastinabilità (DGR 7-8279/2024)</i>	Acquisizione nel dispositivo della delibera di acquisizione del cespite dell'avvenuta dichiarazione di urgenza e improcrastinabilità dell'investimento.	anno 2024	S.S. Ingegneria clinica
---	---	-----------	-------------------------

S.S. Affari Generali, Legali

<i>Monitoraggio adempimenti previsti dal regolamento UE 679/2016</i>	coordinamento monitoraggio almeno una riunione con gli altri direttori per la trasmissione dei risultati del gruppo di lavoro	31/12/2024	
<i>Monitoraggio continuo e costante dell'eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare l'eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l'adeguatezza degli accantonamenti a fondo rischi (DGR 7-8279/2024)</i>	aggiornamento semestrale e a consuntivo del prospetto di valutazione del contenzioso in collaborazione con la S.C. Econ. Finanz.	31/12/2024	

<i>Sviluppo del Programma Regionale Rischio Clinico relativamente agli obiettivi di competenza aziendale</i>	numero di azioni di competenza aziendale previste dal PRRC per l'anno 2024 implementate in SIMES	31/12/2024	
--	--	------------	--

S.S. Controllo di Gestione

<i>Nell'ambito del governo dei fattori produttivi (DGR 7-8279/2024) monitoraggio del: a) Flusso della distribuzione diretta b) File F somministrato (con esclusione dei farmaci innovativi)</i>	Predisposizione di report trimestrali per la Direzione strategica	trimestrale	S.C Farmacia
<i>Monitoraggio NSG per verifica prestazioni LEA (DGR 7-8279/2024)</i>	Predisposizione report per la Direzione strategica di verifica indicatori NGS Area Ospedaliera	trimestrale	
<i>Monitoraggio tempi d'attesa flusso C (DGR 7-8279/2024)</i>	Predisposizione di report, per la Direzione strategica, di monitoraggio prestazioni prenotate CUP 2024 / prestazioni erogate flusso C	trimestrale	Direzione sanitaria di presidio

S.S. Ingegneria Clinica

<i>Attuazione risorse del PNRR – MISSIONE 6 SALUTE – SUB-INVESTIMENTO 1.1.2 - per l'ammodernamento del parco tecnologico del presidio 8 DGR 7-8279/2024)</i>	Raggiungimento dei target e milestone sulla sostituzione delle grandi apparecchiature	anno 2024	S.S. Ingegneria clinica
<i>Acquisizione Angiografo digitale vascolare D.D. Regione Piemonte n. 376 del 31/5/2024</i>	raggiungimento dei target e milestone sulla sostituzione delle grandi apparecchiature	anno 2024	SS Ingegneria clinica S.C. Tecnico

S.C. Tecnico

<i>Utilizzo risorse del PNRR – MISSIONE 6 SALUTE – SUB-INVESTIMENTO 1.1.2 - per l'ammodernamento del parco tecnologico del presidio</i>	raggiungimento dei target e milestone sui lavori ancillari relativi alla sostituzione delle grandi apparecchiature	anno 2024	S.S. Ingegneria Clinica
---	--	-----------	-------------------------

<i>Attuazione degli investimenti della programmazione Regionale e Nazionale (DGR 7-8279/2024)</i>	adozione di tutti i provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze previste negli atti di programmazione regionale.	anno 2024	
<i>Acquisizione Angiografo digitale vascolare D.D. Regione Piemonte n. 376 del 31/5/2024</i>	raggiungimento dei target e milestone sulla sostituzione delle grandi apparecchiature	anno 2024	S.C. Tecnico S.S. Ingegneria Clinica

S.S. Prevenzione, Protezione dai rischi

<i>Mantenimenti del sistema SGSL</i>	Aggiornamento delle procedure all'evoluzione normativa	31/12/2024	Tutte le strutture aziendali
<i>Rilevazione dati ed aggiornamento della tabella dirigenti 7 preposti SSL</i>	Pubblicazione semestrale su Intranet	30/06/2024 31/12/2024	Farmacia/ Provveditorato
<i>Predisposizione del DUVRI provvisorio</i>	Entro 20 gg. dalla richiesta del RUP		RUP di gara