



Deliberazione del Direttore Generale

Oggetto:

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - ANNO 2022

Proponente:

Il Responsabile S.C. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE/FORMAZIONE
ANTONELLA ESPOSITO
firmato digitalmente

Parere favorevole:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
BEATRICE BORGHESE
firmato digitalmente

Parere favorevole:

IL DIRETTORE SANITARIO
LORENZO ANGELONE
firmato digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE
GIOVANNI LA VALLE
firmato digitalmente

Hash della proposta (SHA256):

7f270160e58775fbd93eeb3d0c6af452fd88592a9ecfd4805ed7e24303b998c4

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giovanni LA VALLE
nominato con D.G.R. n. 10 - 2522 dell'11 dicembre 2020

- Visti gli atti relativi alla materia in trattazione e, in particolare, esaminata la proposta del Direttore della **S.C. Amministrazione del Personale e Formazione**;
 - Premesso che, ai sensi del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., è previsto che le Regioni definiscano gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economici-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
 - Dato atto che con deliberazione n. 601 del 29/04/2022 si è provveduto ad adottare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino il cui procedimento di verifica è in corso da parte della Giunta Regionale;
 - Richiamata la DGR n. 2-1980 del 23/09/2020 avente per oggetto "Decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alla Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" e successive disposizioni regionali;
 - Considerato che il perdurare dello stato di emergenza cagionato dal COVID 19 ha determinato, anche per l'anno in corso, un processo di riorganizzazione aziendale che ha coinvolto, direttamente o indirettamente, tutte le articolazioni aziendali, con creazione di percorsi alternativi di cura, di assistenza o di supporto rispondenti alle esigenze delineate dalle disposizioni governative nazionali e dall'Unità di Crisi Regionale;
 - Rilevato che tale situazione emergenziale ha determinato la necessità di allineare tutti gli sforzi aziendali al perseguimento di obiettivi coerenti con le strategie nazionali e regionali volte alla gestione ed al superamento del contingente stato di emergenza;
 - Ravvisata la necessità di procedere alla formalizzazione degli obiettivi, così come dettagliati nell'Allegato 1 che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, che saranno comunque integrati ad avvenuta emanazione della DGR di assegnazione alle AA.SS.RR. degli obiettivi regionali per l'anno 2022;
 - Ritenuto di dare seguito ad alcuni progetti organizzativi già previsti, in attuazione del piano di efficientamento di cui alla deliberazione n. 1635 del 31/12/2020, previa condivisione con la Direzione Aziendale;
 - Considerato che la valutazione dei suddetti obiettivi di carattere progettuale dovrà tenere conto della effettiva realizzazione degli interventi strutturali o di adeguamento tecnologico necessari alla realizzazione dei singoli progetti;
 - Precisato, altresì, che gli obiettivi e i relativi indicatori individuati per l'anno 2022 potranno subire variazioni in considerazione degli esiti degli incontri di valutazione periodici e di eventuali ulteriori indicazioni regionali;
 - Dato atto che gli stessi potranno essere modificati ed integrati dalla Direzione Generale a seguito di verifica a fine Settembre 2022 e di eventuali nuove disposizioni che saranno emanate dalla Regione Piemonte;

- Dato atto che ai fini della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi si terrà conto dei seguenti principi:
 - Gli obiettivi, in considerazione delle possibili mutazioni organizzative introdotte da eventuali piani di emergenza che possono determinare una differente ri-allocazione delle risorse umane e tecniche, verranno valutati sulla base dell'effettiva disponibilità dei posti letto giornalieri, delle sale operatorie, degli spazi e di ogni ulteriore determinante che può intervenire sull'attività oggetto degli obiettivi;
 - Eventuale riduzione di disponibilità della strumentazione tecnico-diagnostica;
 - Per l'anno 2022 gli indicatori PNE non sono oggetto di valutazione, ma esclusivamente di monitoraggio trasversale per il miglioramento della qualità dei flussi e di logistica sanitaria;
 - Il personale verrà valutato sulla base delle afferenze strutturali e non funzionali;
- Ritenuto di definire gli obiettivi dipartimentali, allegati al presente provvedimento (All. 1), in coerenza con le azioni programmatiche regionali;
- Precisato altresì che gli obiettivi si intendono validi fatti salvi eventi straordinari e imprevedibili;
- Dato atto altresì che i suddetti obiettivi sono stati oggetto di informazione preventiva in data 21 giugno 2022 alle OO.SS del Comparto e della Dirigenza Medica e Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa;
- Rilevato che tutte le schede descrittive degli obiettivi sono state sottoposte per la relativa sottoscrizione ai Direttori di Dipartimento e Direttori di Struttura Complessa (PTA), precisando che le stesse sono disponibili agli atti presso la S.C. Programmazione e Controllo;
- Si propone inoltre di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile, stante l'urgenza di procedere all'assegnazione degli obiettivi aziendali;
- Ritenuto di condividere la su estesa proposta del Direttore della S.C. Amministrazione del Personale e Formazione ;
- Preso atto del parere favorevole fornito sul presente atto, per quanto di competenza, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo rispettivamente ai sensi dell'art. 3, comma 7 e dell'art. 3, comma 1 quinquies, del D.Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.;

DELIBERA

Per le motivazioni di cui in premessa:

1. Di assegnare per l'anno 2022 a tutti i Dipartimenti/Struttura Complessa gli obiettivi ambito attività, ambito economico e di efficienza, ambito appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure e processo, così come specificato nell'Allegato 1 che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. Di dare atto che il documento allegato costituisce il Piano della Performance, soggetto a verifica da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
3. Di precisare che gli obiettivi e i relativi indicatori individuati per l'anno 2022 potranno subire variazioni in considerazione degli esiti degli incontri di valutazione periodici e di eventuali ulteriori indicazioni regionali;
4. Di precisare, altresì, che la valutazione degli obiettivi di carattere progettuale dovrà tenere conto della effettiva realizzazione degli interventi strutturali o di adeguamento tecnologico necessari alla realizzazione dei singoli progetti;
5. Di dare atto che ai fini della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi si terrà conto dei seguenti principi:
 - Gli obiettivi, in considerazione delle possibili mutazioni organizzative introdotte da eventuali piani di emergenza che possono determinare una differente ri-allocazione delle risorse umane e tecniche, verranno valutati sulla base dell'effettiva disponibilità dei posti letto giornalieri, delle sale operatorie, spazi e di ogni ulteriore determinante che può intervenire sull'attività oggetto degli obiettivi;
 - Eventuale riduzione di disponibilità della strumentazione tecnico-diagnostica;
 - Per l'anno 2022 gli indicatori PNE non sono oggetto di valutazione, ma esclusivamente di monitoraggio trasversale per il miglioramento della qualità dei flussi e di logistica sanitaria;
 - Il personale verrà valutato sulle base delle afferenze strutturali e non funzionali;
6. Di dare atto che i suddetti obiettivi potranno essere modificati ed integrati dalla Direzione Generale a seguito di verifica a fine Settembre 2022 e di eventuali nuove disposizioni che saranno emanate dalla Regione Piemonte;
7. Di precisare altresì che gli obiettivi si intendono validi fatti salvi eventi straordinari e imprevedibili;
8. Di pubblicare il presente atto sul sito istituzionale dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino – sezione “Amministrazione Trasparente” -, nell'ambito della valutazione della performance ed in applicazione del disposto del D.Lgs. n. 33/2013;
9. Di trasmettere il presente provvedimento a tutti i Direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa (Dirigenza PTA), affinché ne diano idonea informazione a tutto il personale interessato;
10. Di trasmettere, per opportuna conoscenza, la presente deliberazione al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Torino;
11. Di trasmettere il presente atto, per i provvedimenti di competenza alla S.S. “Trattamento Economico e Relazioni Sindacali”;
12. Di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, stante l'urgenza di procedere all'assegnazione degli obiettivi aziendali.

Ambito	N°	Obiettivo *	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir SC / Dirig	Comp
Economico e di efficienza	1	Rispetto Budget assegnato con Deliberazione n. 38 del 18/01/2022	Evidenza documentale	Relazione attestante il rispetto del budget assegnato, fatte salve sopravvenute esigenze motivate validate dalla Direzione	SC GEF	20	10
Organizzativo e di processo	2	Recupero crediti derivanti da sentenze definitive sui contenziosi di responsabilità professionale affidati ai legali esterni da parte del gestore gravanti sul Fondo Sanitario Regionale	Evidenza documentale	Relazione attestante il proseguimento dei recuperi crediti avviati negli anni 2019 - 2020 e attivazione nuovi recuperi	SC	20	20
	3	Implementazione archivio informatico e avvio dell'inserimento delle cause gestite dalla S.C. Affari Legali antecedenti al 2022	Evidenza documentale	Relazione attestante l'avvio dell'inserimento delle cause	SC	15	20
	4	Liquidazione e trasmissione alla SC Economico Finanziario, da parte degli uffici liquidatori, delle fatture di servizi/forniture pervenute dopo l'adozione della DGR 69-8679 del 29 marzo 2019, entro 50 giorni solari dalla data della liquidabilità delle fatture stesse.	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC GEF	15	20
	5	Supporto tecnico - giuridico alla Direzione Generale sulla gestione del contratto di appalto Torino Sanità relativo alla concessione avente ad oggetto la costruzione e la gestione dell'Unità Spinale Unipolare e relativi parcheggi pertinenziali e all'affidamento del servizio di gestione globale a risultato dei servizi all'interno degli immobili dell'Azienda	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	10	10
	6	Supporto agli Advisor ed alla SC Economico Finanziario per percorsi attuativi del piano di certificabilità di bilancio (PAC) così come disposto dalla DGR 15 del 20/03/2020	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	10	10
Appropriatezza e qualità	7	Monitoraggio procedimenti penali	Evidenza documentale	Aggiornamento annuale	SC	10	10

* da valutare in relazione alle uscite di personale

100 100

Il Responsabile temporaneo della SC
Affari Legali
Avv. Giovanna Manzoli

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle

BUDGET ANNO 2022
AFFARI ISTITUZIONALI

Ambito	N°	Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir SC / Dirig	Comp
Economico e di efficienza	1	Rispetto Budget assegnato con Deliberazione n. 38 del 18/01/2022	Evidenza documentale	Relazione attestante il rispetto del budget assegnato, fatte salve sopravvenute esigenze motivate validate dalla Direzione		40	40
Organizzativo e di processo	2	Nell'ambito del ciclo di approvazione dei trattamenti già censiti nel Registro elettronico Privacy Web, completare la procedura per tutti i trattamenti di tutte le Strutture aziendali al fine di ricondurre i medesimi dallo stato di trattamento completato allo stato di trattamento approvato al fine di non consentirne più l'ordinaria modificabilità	Evidenza documentale	Relazione		15	10
	3	Redazione di una procedura, in collaborazione con le S.C. interessate e da validare dall'OIV, per la verifica della assenza di conflitto di interesse dei consulenti/collaboratori	Evidenza documentale	Relazione attestante l'avvio dell'inserimento delle cause		15	20
	4	Supporto giuridico alla struttura Libera professione per la predisposizione del nuovo regolamento aziendale	Evidenza documentale	Relazione		30	30
						100	100

Il Responsabile temporaneo della SC
Affari Istituzionali
Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle

SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Ambito	N.	Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir SC / Dirig	Comp
Organizzativo e di processo	1	Redazione progetto armadietti informatizzati Presidio Molinette e CTO - realizzazione piano organizzativo relativo anno 2022	Evidenza documentale	Relazione attestante le attività svolte	SC	10	10
	2	Calcolo del costo di procedure chirurgiche selezionate, con particolare riferimento ai dispositivi medici utilizzati e analisi della remuneratività dei DRG esitanti	Evidenza documentale	Relazione attestante l'attività svolta	SC	20	20
	3	Elaborazione delle rendicontazioni COVID, per la parte di competenza, secondo le indicazioni regionali.	Evidenza documentale	Rendicontazioni compilate secondo indicazioni regionali	SC	10	20
	4	Realizzazione cruscotto direzionale	Evidenza documentale	Presenza cruscotto	SC	50	40
Approprietezza e qualità	5	Supporto agli Advisor ed alla SC Economico Finanziario per percorsi attuativi del piano di certificabilità di bilancio (PAC) così come disposto dalla DGR 15 del 20/03/2020	Evidenza documentale	Relazione attestante le attività svolte	S.C.	10	10

100 100

Il Direttore SC Programmazione e Controllo

Dott.ssa Maria Albertazzi

Il Direttore Generale

Dott. Giovanni La Valle

|

SC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDI OSPEDALIERI

Ambito		Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir SC / Dirig	Comp assegnato SC	Comp assegnato Dip. Ass.
Economico e di efficienza	1	Rispetto Budget assegnato con Deliberazione n. 38 del 18/01/2022	Evidenza documentale	Relazione attestante il rispetto del budget assegnato, fatte salve sopravvenute esigenze motivate validate dalla Direzione	S.C.GEF	15	15	20
Organizzativi e di processo	2	Supporto amministrativo all'attività vaccinale Covid 19	Evidenza documentale	Relazione attestante le attività svolte	S.C.	25	20	20
	3	Efficientamento dei percorsi amministrativi tramite accorpamenti delle attività	Evidenza documentale	Relazione attestante le attività svolte	S.C.	15	15	v. schede ob. Dipartimentali
	4	Supporto alla stesura di una road map per la realizzazione del Parco della Salute, secondo le richieste della competente struttura	Evidenza documentale	Relazione attestante l'avvenuto supporto all'avvio del progetto	SC	10	10	0
	5	Liquidazione e trasmissione alla SC Economico Finanziario, da parte degli uffici liquidatori, delle fatture di servizi/forniture pervenute dopo l'adozione della DGR 69-8679 del 29 marzo 2019, entro 50 giorni solari dalla data della liquidabilità delle fatture stesse.	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	S.C. GEF	15	20	0
Appropriatezza e qualità	6	Supporto agli Advisor ed alla SC Economico Finanziario per percorsi attuativi del piano di certificabilità di bilancio (PAC) così come disposto dalla DGR 15 del 20/03/2020 - Redazione procedure interne relative al percorso della libera professione intramuraria	Evidenza documentale	Relazione attestante le attività svolte	S.C. GEF	20	20	20

100 100 60

Il Direttore di SC
 Dott.ssa Gabriella Sivori

Il Direttore Generale
 Dott.Giovanni La Valle

DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO
obiettivi anno 2022

S.C. ICT E INGEGNERIA CLINICA

		Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir SC / Dirig	Comp
Ambito	1	1 – Rispetto Budget assegnato con Deliberazione n.38 del 18/01/2022	Evidenza documentale	Relazione attestante il rispetto del budget assegnato, fatte salve salve sopravvenute esigenze motivate validate dalla Direzione	S.C.GEF	35	35
Economico e di efficienza		Supporto alla realizzazione dei progetti organizzativi dipartimentali, con particolare riferimento a:					
Organizzativo e di processo	2	2 - Estensione somministrazione puntuale su Log80	Evidenza documentale	Relazione con elenco dei reparti attivati	SC	15	15
	3	3 - Estensione/Upgrade infrastrutture HW centralizzate dedicate progetti speciali	Evidenza documentale	Relazione con elenco infrastrutture HW implementate	SC	15	15
	4	4 - Startup sw InfoHeath Mobile per la gestione della manutenzione delle tecnologie elettromedicali in mobilità con smartphone e app dedicata	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	10	10
	5	5 - Supporto informatico nell'attivazione degli armadietti informatizzati di reparto	Evidenza documentale	Relazione con elenco dei reparti attivati	SC	15	15
Appropriatezza e qualità	6	6– Liquidazione e trasmissione alla SC Economico Finanziario, da parte degli uffici liquidatori, delle fatture di servizi/forniture pervenute dopo l'adozione della DGR 69-8679 del 29 marzo 2019, entro 50 giorni solari dalla data della liquidabilità delle fatture stesse.	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	10	10
totale						100	100

Direttore: Ing. Stefano Gallo

Il Direttore Dipartimento Tecnico Amministrativo
Ing. Stefano Gallo

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle

DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO
obiettivi anno 2022

S.C. TECNICO

obiettivi anno 2022

Ambito	Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir	
					SC / Dirig	Comp
Economico di efficienza	1 Rispetto Budget assegnato con Deliberazione n.38 del 18/01/2022	Evidenza documentale	Relazione attestante il rispetto del budget assegnato, fatte salve sopravvenute esigenze motivate validate dalla Direzione	SC GEF	35	35
Organizzativo e di processo	2 Realizzazione del progetto per l'attivazione di nuovi posti letto di Terapia Intensiva/Semi Intensiva ex art. 2 del D.L. 34/2020. Approvazione dei progetti esecutivi – Completamento	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	25	25
	3 Risorse a valere sul PNRR M6, C.2, 1.2 e sul Fondo Complementare. Ottenimento della certificazione della vulnerabilità sismica Presidio CTO	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	15	15
	4 Realizzazione della nuova area diagnostica centralizzata OIRM/ S. ANNA con installazione TAC e RMN pediatriche da 1,5 e 3 tesla. Approvazione progetto esecutivo di realizzazione e adeguamento locali esistenti c/o la Palazzina Zuretti	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	15	15
Appropriatezza e riqualificazione/qualità	5 Liquidazione e trasmissione alla S.C. Economico Finanziario, da parte degli uffici liquidatori, delle fatture di servizi/forniture pervenute dopo l'adozione della DGR 69-8679 del 29 marzo 2019, entro 50 giorni solari dalla data della liquidabilità delle fatture stesse.	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	10	10

100 100

Direttore: Dr. Paolo Melchior

Il Direttore Dipartimento Tecnico Amministrativo
Ing. Stefano Gallo

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle

S.C. PROVVEDITORATO/ECONOMATO

obiettivi anno 2022

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

SC /

Dirig

Comp

Dir

Ambito	Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir SC / Dirig	Comp
Economico e di efficienza	1 Rispetto Budget assegnato con Deliberazione n.38 del 18/01/2022	Evidenza documentale	Relazione attestante il rispetto del budget assegnato, fatte salve sopravvenute esigenze motivate validate dalla Direzione	S.C. Economico/Finanziario	35	35
Organizzativo e di processo	2 Liquidazione e trasmissione alla S.C. Economico Finanziario, da parte degli uffici liquidatori, delle fatture di servizi/forniture pervenute dopo l'adozione della DGR 69-8679 del 29 marzo 2019, entro 50 giorni solari dalla data della liquidità delle fatture stesse.	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	25	25
Organizzativo e di processo	3 Iter di gara per le apparecchiature PL terapie intensive e semi-intensive cd. "Fondi Arcuri"	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	25	25
Appropriatezza e Qualità	4 Supporto agli Advisory ed alla SC Economico/Finanziario per percorsi attuativi del piano di certificabilità del bilancio (PAC), così come disposto dalla DGR 15 del 20/03/2020.	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	15	15

100 100

Direttore: Dott.sa Patrizia Ferro

Il Direttore Dipartimento Tecnico Amministrativo
 Ing. Stefano Gallo

Il Direttore Generale
 Dott. Giovanni La Valle

Ambito		Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir	
						SC / Dirig	Comp
Economico e di efficienza	1	Rispetto Budget assegnato con Deliberazione n.38 del 18/01/2022	Evidenza documentale	Relazione attestante il rispetto del budget assegnato, fatte salve sopravvenute esigenze motivate validate dalla Direzione	S.C.GEF	35	35
	2	Revisione procedura contenzioso stragiudiziale per RC professionale sanitaria. Applicazione nuova procedura.	Evidenza documentale	Applicazione procedura	SC	10	10
Organizzativo e di processo	3	Attuazione art. 22 bis del D.L. 77/2021, convertito in Legge n. 108/2021, recante disposizioni per accelerare le procedure amministrative per la cessione di aree nelle quali sono stati edificati alloggi di edilizia residenziale pubblica. Organizzazione attività di compravendita nuda proprietà unità immobiliari del PEEP "E 29" di Via Pietro Cossa 293 Torino.	Evidenza documentale	Relazione attestante le attività svolte	SC	15	15
	4	L.R. nr. 8/95 e smi. Dismissione beni dall'inventario sezione cespiti. Riorganizzazione flusso attività per accertamento e dichiarazione fuori uso beni	Evidenza documentale	Relazione e flow chart flusso attività	SC	10	10
	5	Liquidazione e trasmissione alla S.C. Economico Finanziario, da parte degli uffici liquidatori, delle fatture di servizi/forniture pervenute dopo l'adozione della DGR 69-8679 del 29 marzo 2019, entro 50 giorni solari dalla data della liquidabilità delle fatture stesse.	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	10	10
Appropriatezza e qualità	6	Gestione del Programma assicurativo per i rischi sanitari delle ASR. Attività del Comitato Gestione Sinistri Sovrazonale. Sinistri del periodo gestionale 2010-2022. Aggiornamento tabelle con focalizzazione sullo stato evolutivo della gestione dei sinistri pending.	Evidenza documentale	Elaborazione tabelle	SC	20	20
						100	100

Direttore: Dr. Alessandro Stiari

**Il Direttore Dipartimento Tecnico Amministrativo
Ing. Stefano Gallo**

**Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle**



BUDGET 2022
S.C. Economico Finanziario

Ambito		Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir SC / Dirig	Comp
Economico e di efficienza	1	Monitoraggio del budget assegnato ai Responsabili dei centri ordinatori	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	25	20
Organizzativo e di processo	2	Supporto alla SC Programmazione e Controllo alla elaborazione degli obiettivi 2022	Evidenza documentale	Relazione attestante il supporto fornito	SC	15	10
	3	Monitoraggio ordini anni precedenti (contabilizzati tra le fatture da ricevere) non ancora agganciati a fatture	Report di monitoraggio periodici	Report inviati ai servizi competenti	SC	10	15
	4	Monitoraggio della liquidazione, da parte degli uffici liquidatori, delle fatture di servizi/forniture entro 50 giorni solari dalla data del ricevimento	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	10	15
Appropriatezza e qualità	6	Coordinamento delle SSCC centrali e supporto agli Advisor per l'attuazione delle procedure atte a garantire la certificabilità del bilancio (PAC), in osservanza alle disposizioni della DGR 15 del 20/03/2020, con particolare riferimento anche alla stesura di procedure per la corretta gestione contabile della attività di libera professione intramuraria.	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC	20	20
	7	Elaborazione, per la parte di competenza, delle rendicontazioni COVID secondo le tempistiche regionali.	Evidenza documentale	Rendicontazioni compilate secondo indicazioni regionali	SC	20	20

100 100

**Il Direttore di SC
Economico Finanziario**
Dott.Nunzio Vistato

Il Direttore Generale
Dott.Giovanni La Valle

SC AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

Ambito	N°	Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir SC / Dirig	Comp
Economico e di efficienza	1	Rispetto Budget assegnato con Deliberazione n.38 del 18/01/2022	Evidenza documentale	Relazione attestante il rispetto del budget assegnato, fatte salve sopravvenute esigenze motivate validate dalla Direzione	SC GEF	40	40
Organizzativo e di processo	2	Predisposizione con il supporto degli Advisor, di un cruscotto di monitoraggio utile al governo delle risorse umane, sia in termini di costi che in termine di personale presente, suddiviso per Dipartimenti/Strutture, nonché per qualifica di appartenenza, che tenga conto di tutto il personale che, a qualsiasi titolo, presta servizio all'interno dell'Azienda	Implementazione dello strumento	Perfezionamento del cruscotto	SC	15	20
	3	Liquidazione e trasmissione alla S.C. Economico Finanziario, da parte degli uffici liquidatori, delle fatture di servizi/forniture pervenute dopo l'adozione della DGR 69-8679 del 29 marzo 2019, entro 50 giorni solari dalla data della liquidabilità delle fatture stesse.	Evidenza documentale	Relazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo	SC GEF	10	20
Appropriatezza e qualità	4	Supporto alla elaborazione delle rendicontazioni COVID secondo le indicazioni regionali	Evidenza documentale	Rendicontazioni compilate secondo indicazioni	SC GEF / Progr e Contr	10	10
	5	Efficientamento delle attività di reclutamento del personale finalizzato alla riduzione dei tempi di arruolamento del personale necessario.	Evidenza documentale	Relazione attestante le attività svolte	S.C.	15	5
	6	Supporto agli Advisor ed alla S.C. Economico Finanziario per percorsi attuativi del piano di certificabilità del bilancio (PAC) così come disposto dalla DGR 15 del 20.03.2020	Evidenza documentale	Relazione attestante le attività svolte	S.C.	10	5

100 100

Il Direttore di SC
Dr.ssa Antonella Esposito

Il Direttore Generale
Dott.Giovanni La Valle

S.C. SICUREZZA E AMBIENTE (S.P.P.)

Organizzativo e di processo

N°	Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	Fonte dati	Dir SC / Dirig	Comp
1	Progettazione, programmazione e partecipazione ad incontri tecnici con RLS al fine di approfondire tematiche ed affrontare criticità in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori	Evidenza documentale	Verbali degli incontri	SC	35	40
2	Individuazione ed adozione delle modalità di consultazione degli RLS ai sensi dell'art. 50 D,Lgs, 81/08 e s.m.i.	Evidenza documentale	Modalità di comunicazione adottate	SC	35	40
3	Partecipazione al processo di individuazione e nomina dei dirigenti e dei preposti ex D.Lgs. 81/08 e s.m.i.	Evidenza documentale	Atti/provvedimenti adottati	SC	30	20

100 100

Il Direttore S.C. Sicurezza e Ambiente (SPP)
 Ing. Gianluca GASCO

Il Direttore Generale
 Dott. Giovanni La Valle


CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Attività	1	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Numero di dimissioni	Numero di dimissioni dal dipartimento (regime ordinario)	8.759	6.414	7.258	>=8129 (36 ricoveri/PL)	1.484	SDO
	2	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Numero DRG chirurgici	N. dimissioni in regime ordinario di DRG chirurgici	7.311	5.467	6.118	>=6852	1.231	SDO
	3a	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Percentuale interventi in elezione con tempo complessivo che rispettano il tempo medio stratificato	Percentuale interventi entro tempo totale standard sul numero totale interventi per Emorroidectomia				>=70%	60%	TrakCare
	4a	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Percentuale interventi in elezione con tempo complessivo che rispettano il tempo medio stratificato	Percentuale interventi entro tempo totale standard sul numero totale interventi per Ernie inguinali				>=85%	75%	TrakCare
	6	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatore Comparativo di Performance (ICP)	$\Sigma DM_{standardizzata} / ((DM_{std} * [1-5\%]))$	1,16	1,05	1,04	<=1,037	1,18	SDO
	7	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Erogazione prestazioni all'interno dell'elenco del PNGLA	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate tra quelle nell'elenco del PNGLA	24.356	12.893	21.498	>=23648	2.542	File C
	8	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Numero totale di prestazioni ambulatoriali (Flusso C)	Numero di prestazioni ambulatoriali	215.336	125.775	159.856	175.842	42.386	File C, C2
	9	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Numero di interventi in chirurgia robotica	Numero di interventi con robot Da Vinci	280	256	277	<=290	47	SDO
	Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato
processo	11	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento stile PNE	Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volumi di attività superiore ai 90 interventi annui	81%	60%	65%	>=90%	75%	SDO
	12	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento stile PNE	Complicanze a 30gg in regime ordinario (ricovero ripetuto entro 30gg in CDSS)	2%	4%	3%	<=3%	4%	SDO
	13	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi chirurgici su melanomi Classe A (gg)	60,58	54,55	35,12	<=30	53,92	SDO
	15	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Colecistectomia laparoscopica Classe A (gg)	45,41	47,72	62,92	<=30	172,74	SDO
	17	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Ernia inguinale Classe A (gg)	92,72	28,08	66,18	<=30	52,00	SDO
	19	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Biopsia percutanea del fegato Classe A (gg)	18,46	19,72	13,63	<=30	16,05	SDO
	21	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Emorroidectomia Classe A (gg)	49,11	55,00	167,00	<=30	12,00	SDO
	23	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide Classe A (gg)	47,26	28,56	33,10	<=30	28,58	SDO
	25	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Interventi chirurgici tumore maligno colon Classe A (gg)	26,64	18,79	18,21	<=30	26,37	SDO
	27	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Interventi chirurgici tumore maligno prostata Classe A (gg)	62,59	57,39	52,75	<=30	54,17	SDO
29	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Interventi chirurgici tumore maligno retto Classe A (gg)	34,44	30,21	22,60	<=30	34,67	SDO	

Adeguamento, qualità e	31	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Giornate totali di degenza di DRG medici sul totale delle giornate di degenza (RO)	N. gg degenza DRG medico/ GG degenza totali (RO)	13%	13%	12%	<=12,43%	12%	SDO
	32	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri non ad alto rischio di inappropriatazza in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alto rischio di inappropriatazza/ N. ammessi con DRG diverso da alto rischio di inappropriatazza	17%	15%	15%	<=15,11%	14%	SDO
	33	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alta complessità e ricoveri totali in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alta complessità/ N. ammessi (RO)	17%	19%	21%	>=20,59%	23%	SDO
	34	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Giorni medi di ricovero oltre la soglia ufficiale (RO)	Σ delle giornate oltre soglia / N. dimessi (RO)	0,49	0,63	0,47	<=0,47	1,05	SDO
	35	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Monitoraggio della corretta compilazione del registro operatorio per i campi (variabili di stratificazione: primo chirurgo, equipe, tempi taglio e sutura)	Numero di campi vuoti / Numero totale di record				90%		TrakCare
	37	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Monitoraggio della corretta compilazione del registro operatorio per i campi (flag robotica) per il robot da Vinci	Numero di interventi con flag compilato / Numero di interventi rilevati dalla caposala con robot da Vinci				100%		TrakCare
	38	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,3%	0,2%	0,1%	<=1%		Report MED
	39	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Tempestività di compilazione della dimissione medica	Numero di SDO con dimissione medica su trakcare entro 5gg dalla reale dimissione fisica / Numero totale di dimissioni				95%		TrakCare
	40	H	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Compilazione della data di dimissibilità per i dimessi verso il territorio	Numero SDO con data dimissibilità vs territorio compilata / Numero totale SDO				90%		TrakCare

Clausole di salvaguardia per la soddisfazione degli obiettivi

Riproporzionato al periodo di avvio del budget

Compatibilmente alle sale operatorie disponibili (parametrizzazione rispetto al numero di sale operatorie)

Verrà considerata l'attivazione dei piani di emergenza (es. covid) che possono mutare il quadro di disponibilità delle risorse

Andamento dei flussi DEA ricoveri medicina

Individuare area di attività programma 10-15 p.l.

La valutazione degli obiettivi considererà la qualità di compilazione e del percorso di miglioramento delle informazioni

Riproporzionato al numero dei posti letto chirurgici

Il Direttore di Dipartimento

Prof. Mario Morino

Il Direttore Generale

Dott. Giovanni La Valle



DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Attività	1	B	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Erogazione prestazioni all'interno dell'elenco del PNGLA	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate tra quelle nell'elenco del PNGLA	82.335	64.601	69.968	>=76965	12.185	File C
	2	B	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Prestazioni erogate	Numero di prestazioni ambulatoriali (C, C2*, C5)	345.978	247.619	289.779	>=308918	75.320	File C, C2, C5
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Ambito Appropriatazza, qualità e processo	3	B	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,2%	0,3%	0,2%	<=0,23%		Report MED

* Escluse le prestazioni a cui segue ricovero presso la struttura

Il Direttore di Dipartimento
Prof. Paolo Fonio

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle

SC DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE

Obiettivo	Indicatore	Valori attesi 2022	Fonte dati
Rilevazione mensile posti letto (supporto alle Direzioni Sanitarie)	% rilevazioni effettuate rispetto al richiesto	100%	CdG
Supporto alle azioni finalizzate alla risoluzione delle criticità per l'aumento della Produzione ricoveri (supporto alle Direzioni Sanitarie)	evidenza documentale	Relazione	CdG
Supporto alle azioni finalizzate per il contenimento dei tempi attesa chirurgici e ambulatoriali (supporto alle Direzioni Sanitarie)	evidenza documentale	Relazione	CdG

Il Direttore di SC
 Dott. Mario Paleologo

Il Direttore Generale
 Dott. Giovanni La Valle


GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Attività	1	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Numero di dimissioni	Numero di dimissioni dal dipartimento (regime ordinario)	17.755	17.120	17.324	>=18301* (61 ricoveri/PL)	4.001	SDO
	2	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Indicatore Comparativo di Performance (ICP)	$\Sigma DM_{standardizzata} / ((DM_{std} * [1-5\%]))$	1,09	1,05	1,07	<=1,07	1,08	SDO
	3	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Erogazione prestazioni all'interno dell'elenco del PNGLA	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate tra quelle nell'elenco del PNGLA	23.520	17.764	20.937	>=23031	2.921	File C
	4	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Numero totale di prestazioni ambulatoriali (Flusso C)	Numero di prestazioni ambulatoriali	111.632	78.845	90.248	99.273	21.409	File C, C2
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Ambito economico e di efficienza	5	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Incremento del consumo di farmaci biosimilari	Totale spesa farmaci biosimilari / Totale spesa farmaci biosimilari + branded	2%	10%	100%	>=99,6%	100%	OLIAMM
	6	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Aderenza FileF-consumi	Totale spesa farmaci File F / Totale spesa consumi	65%	59%	52%	>=51,68%	57%	FileF - OLIAMM
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Appropriatezza, qualità e processo	7	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Incidenza dei parti cesarei	23%	23%	22%	<=21%	25%	SDO
	8	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero Classe A (gg)	46,18	59,82	112,47	<=30	174,59	SDO
	9	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero Classe B (gg)	144,07	226,70	501,39	<=60	314,13	SDO
	10	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Interventi chirurgici tumore maligno mammella Classe A (gg)	25,57	29,68	40,06	<=30	44,81	SDO
	11	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio Interventi chirurgici tumore maligno mammella Classe B (gg)	64,45	62,46	103,74	<=60	103,33	SDO
	12	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri non ad alto rischio di inapproprietezza in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alto rischio di inapproprietezza/ N. ammessi con DRG diverso da alto rischio di inapproprietezza	5%	5%	6%	<=6,16%	6%	SDO
	13	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alta complessità e ricoveri totali in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alta complessità/ N. ammessi (RO)	4%	4%	3%	>=3,65%	4%	SDO
	14	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Giorni medi di ricovero oltre la soglia ufficiale (RO)	Σ delle giornate oltre soglia / N. dimessi (RO)	0,50	0,43	0,51	<=0,5	0,65	SDO
	15	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,5%	0,2%	0,4%	<=0,35%		Report MED
	16	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Tempestività di compilazione della dimissione medica	Numero di SDO con dimissione medica su trakcare entro 5gg dalla reale dimissione fisica / Numero totale di dimissioni				95%		TrakCare
16	M	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	Compilazione della data di dimissibilità per i dimessi verso il territorio	Numero SDO con data dimissibilità vs territorio compilata / Numero totale SDO				90%		TrakCare	

Il Direttore di Dipartimento
Prof. Daniele Farina

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle


MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Attività	1	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Numero di dimessi	Numero di dimissioni dal dipartimento (regime ordinario)	9.574	7.743	7.990	>=8789 (36 ricoveri/PL)	1.915	SDO
	2	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Indicatore Comparativo di Performance (ICP)	$\Sigma DM_{standardizzata} / ((DM_{std} * [1-5\%]))$	1,17	1,05	1,19	<=1,19	1,18	SDO
	3	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Erogazione prestazioni all'interno dell'elenco del PNGLA	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate tra quelle nell'elenco del PNGLA	50.012	33.220	50.217	>=55239	5.918	File C
	4	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Numero totale di prestazioni ambulatoriali (Flusso C)	Numero di prestazioni ambulatoriali	504.603	386.244	415.449	456.994	106.625	File C, C2
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Ambito economico e di efficienza	5	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Antifungini – Riduzione del consumo medio per giornate di degenza	DDD Antifungini / GG di Degenza in RO	0,07	0,06	0,06	<=0,06	0,07	OLIAMM / SDO
	6	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Incremento del consumo di farmaci biosimilari	Totale spesa farmaci biosimilari / Totale spesa farmaci biosimilari + branded	43%	71%	83%	>=90%	70%	OLIAMM
	7	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Aderenza FileF-consumi	Totale spesa farmaci File F / Totale spesa consumi	73,9%	67,6%	68,6%	>=68,63%	56%	OLIAMM
	8	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Riduzione della spesa di Farmaci Off label	Tetto Spesa farmaci Off-Label 2022	489.367	238.288	589.074	<=589074	55.184	OLIAMM
	9	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Riduzione utilizzo farmaci fuori prontuario	Totale spesa farmaci fuori prontuario 2022			27.951,9	<=22362	5.407	OLIAMM
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Ambito Appropriatazza, qualità e processo	10	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri non ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alto rischio di inappropriatezza/ N. ammessi con DRG diverso da alto rischio di inappropriatezza	14%	12%	13%	<=13,47%	14%	SDO
	11	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alta complessità e ricoveri totali in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alta complessità/ N. ammessi (RO)	10%	11%	12%	>=11,84%	10%	SDO
	12	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Giorni medi di ricovero oltre la soglia ufficiale (RO)	Σ delle giornate oltre soglia / N. dimessi (RO)	1,02	1,32	1,38	<=1,38	1,37	SDO
	13	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,3%	0,3%	0,2%	<=0,18%		Report MED
	14	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Tempestività di compilazione della dimissione medica	Numero di SDO con dimissione medica su Trakcare entro 5gg dalla reale dimissione fisica / Numero totale di dimissioni				95%		TrakCare
	15	E	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	Compilazione della data di dimissibilità per i dimessi verso il territorio	Numero SDO con data dimissibilità vs territorio compilata / Numero totale SDO				90%		TrakCare

Il Direttore di Dipartimento
Prof. Ezio Ghigo

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle

**MEDICINA DI LABORATORIO**

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Attività	1	C	MEDICINA DI LABORATORIO	Prestazioni erogate	Numero di prestazioni ambulatoriali (C, C2*, C5)	4.362.512	3.499.041	4.031.359	>=4312134	1.081.874	File C
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Ambito Appropriatazza, qualità e processo	2	C	MEDICINA DI LABORATORIO	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,8%	0,6%	0,4%	<=0,43%		Report MED
	3	C	MEDICINA DI LABORATORIO	Disponibilità referto istologico da intervento chirurgico	di esami istologici entro il 22 del mese successivo alla dimissione del paziente (alle attuali condizioni di dotazioni di personale e strumentazione)				72%		Report MED
	4	C	MEDICINA DI LABORATORIO	Disponibilità referto istologico da intervento chirurgico	% di esami istologici entro il 22 del mese successivo alla dimissione del paziente (alle condizioni idonee e condivise di dotazione di personale e strumentazione)				82%		Report MED
	5	C	MEDICINA DI LABORATORIO	Disponibilità referto istologico da intervento chirurgico	Tempo massimo (in giorni) disponibilità referto istologico per la quota di esami che superano il 22 del mese successivo alla dimissione				30		Report MED

* Escluse le prestazioni a cui segue ricovero presso la struttura

Il Direttore di Dipartimento
Prof.ssa Paola Cassoni

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle



NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Fonte dati
Attività	1	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Numero di dimissioni	Numero di dimissioni dal dipartimento (regime ordinario)	3.576	3.086	3.377	>=3546 (29 ricoveri/PL)	SDO
	2	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Indicatore Comparativo di Performance (ICP)	$\sum DM_{standardizzata} / ((DM_{std} * [1-5\%]))$	1,11	1,05	1,05	<=1,05	SDO
	3	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Erogazione prestazioni all'interno dell'elenco del PNGLA	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate tra quelle nell'elenco del PNGLA	8.194	6.413	7.655	>=8420	File C
	4	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Numero totale di prestazioni ambulatoriali (Flusso C)	Numero di prestazioni ambulatoriali	79.508	66.972	83.222	>=87459	File C, C2
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Fonte dati
Ambito Appropriatazza, qualità e processo	5	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Incremento del consumo di farmaci biosimilari	Totale spesa farmaci biosimilari / Totale spesa farmaci biosimilari + branded	35%	32%	92%	>=92,39%	OLIAMM
	6	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Aderenza FileF-consumi	Totale spesa farmaci File F / Totale spesa consumi	64%	67%	75%	>=75,33%	OLIAMM
	7	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Riduzione della spesa di Farmaci Off label	Tetto Spesa farmaci Off-Label 2022	90.985	37.175	30.163	<=24130	OLIAMM
	8	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Riduzione utilizzo farmaci fuori prontuario	Totale spesa farmaci fuori prontuario 2022			10.575,9	<=8461	OLIAMM

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Fonte dati
Ambito Appropriately, qualità e processo	9	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Ictus ischemico - Mortalità a 30gg	4%	6%	4%	<=4%	SDO
	10	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Ictus ischemico - Mortalità ospedaliera	5%	7%	5%	<=5%	SDO
	11	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri non ad alto rischio di inappropriately in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alto rischio di inappropriately/ N. ammessi con DRG diverso da alto rischio di inappropriately	10%	11%	12%	<=11,70%	SDO
	12	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alta complessità e ricoveri totali in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alta complessità/ N. ammessi (RO)	36%	38%	37%	>=36,95%	SDO
	13	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Giorni medi di ricovero oltre la soglia ufficiale (RO)	Σ delle giornate oltre soglia / N. dimessi (RO)	0,62	0,54	0,53	<=0,53	SDO
	14	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,9%	0,2%	0,1%	<=0,2%	Report MED
	15	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Tempestività di compilazione della dimissione medica	Numero di SDO con dimissione medica su trakcare entro 5gg dalla reale dimissione fisica / Numero totale di dimissioni				95%	TrakCare
	16	P	NEUROSCIENZE SALUTE MENTALE	Compilazione della data di dimissibilità per i dimessi verso il territorio	Numero SDO con data dimissibilità vs territorio compilata / Numero totale SDO				90%	TrakCare

Note:

- Si rileva la necessità di acquistare apparecchi della neurofisiologia in particolare elettromiografi di cui si necessita aggiornamento per soddisfare la produzione richiesta
- Il numero di prestazioni di PNGLA verrà revisionato a settembre in attesa dell'accordo con le Aziende territoriali

Il Direttore di Dipartimento
Prof. Vincenzo Villari

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle



PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Attività	1	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Numero di dimissioni	Numero di dimissioni dal dipartimento (regime ordinario)	5.745	5.075	5.497	>=5772 (29 ricoveri/PL)	1.278	SDO
	2	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Indicatore Comparativo di Performance (ICP)	$\Sigma DM_{standardizzata} / ((DM_{std} * [1-5\%]))$	1,18	1,05	1,11	<=1,11	1,16	SDO
	3	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Numero DRG chirurgici	N. dimissioni in regime ordinario di DRG chirurgici	1.485	1.371	1.488	>=1562		SDO
	4	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Percentuale interventi in elezione con tempo chirurgico entro tempo standard	Percentuale di interventi entro tempi standard sul numero totale interventi				90%		
	5	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Erogazione prestazioni all'interno dell'elenco del PNGLA	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate tra quelle nell'elenco del PNGLA (*)	20.275	15.379	25.016	(*)	2.998	File C
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Ambito economico e di efficienza	6	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Incremento del consumo di farmaci biosimilari	Totale spesa farmaci biosimilari / Totale spesa farmaci biosimilari + branded	44%	35%	92%	95%		OLIAMM
	7	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Aderenza FileF-consumi	Totale spesa farmaci File F / Totale spesa consumi	31%	33%	60%	>=60,30%	78%	FileF, OLIAMM
	8	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Riduzione utilizzo farmaci fuori prontuario	Totale spesa farmaci fuori prontuario 2022			29.528	<=23622	5.670	OLIAMM
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Appropriatezza, qualità e processo	9	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri non ad alto rischio di inapproprietezza in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alto rischio di inapproprietezza/ N. ammessi con DRG diverso da alto rischio di inapproprietezza	32%	33%	32%	<=32,00%	28%	SDO
	10	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alta complessità e ricoveri totali in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alta complessità/ N. ammessi (RO)	8%	9%	9%	>=8,55%	9%	SDO
	11	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Giorni medi di ricovero oltre la soglia ufficiale (RO)	Σ delle giornate oltre soglia / N. dimessi (RO)	2,11	1,93	1,72	<=1,72	1,99	SDO
	12	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,4%	0,3%	0,1%	<=0,01%		Report MED
	13	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Tempestività di compilazione della dimissione medica	Numero di SDO con dimissione medica su trakcare entro 5gg dalla reale dimissione fisica / Numero totale di dimissioni				95%		TrakCare
	14	G	PATOLOGIA E CURA DEL BAMBINO "REGINA MARGHERITA"	Compilazione della data di dimissibilità per i dimessi verso il territorio	Numero SDO con data dimissibilità vs territorio compilata / Numero totale SDO				90%		TrakCare

Nota:

(*) Per l'obiettivo 5, si specifica la predisposizione di una lista di prestazioni PNGLA conforme alle funzioni HUB

Il Direttore di Dipartimento
Prof.ssa Franca Fagioli

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle



ONCOLOGIA

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	NOTE	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Attività	1	F	ONCOLOGIA	Numero di dimissioni	Numero di dimissioni dal dipartimento (regime ordinario)	1.486	1.200	1.270	(*)	>=1150 (17 ricoveri/PL)	286	SDO
	2	F	ONCOLOGIA	Indicatore Comparativo di Performance (ICP)	$\sum DM_{standardizzata} / ((DM_{std} * [1-5\%]))$	1,14	1,05	1,22	(*)	<=1,30	1,27	SDO
	3	F	ONCOLOGIA	Erogazione prestazioni all'interno dell'elenco del PNGLA	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate tra quelle nell'elenco del PNGLA	870	894	807		>=1000	372	File C
	4	F	ONCOLOGIA	Numero totale di prestazioni ambulatoriali (Flusso C)	Numero di prestazioni ambulatoriali	335.644	296.173	289.363	monitoraggio		72.707	File C
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021		Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Ambito economico e di efficienza	6	F	ONCOLOGIA	Antifungini – Riduzione del consumo medio per giornate di degenza	DDD Antifungini / Totale giornate di degenza in RO	0,59	0,56	0,53		<=0,51	0,47	OLIAMM
	7	F	ONCOLOGIA	Incremento del consumo di farmaci biosimilari	Totale spesa farmaci biosimilari / Totale spesa farmaci biosimilari + branded	63%	58%	85%		>=90%	96%	OLIAMM
	8	F	ONCOLOGIA	Aderenza FileF-consumi	Totale spesa farmaci File F / Totale spesa consumi				scorporare file F della DEGENZA		83%	FileF, OLIAMM
	9	F	ONCOLOGIA	Riduzione della spesa di Farmaci Off label	Tetto Spesa farmaci Off-Label 2022				mail di iniziativa dal Direttore di Dipartimento		-	OLIAMM
	10	F	ONCOLOGIA	Costo totale dei farmaci	Tetto Spesa farmaci (prodotti con codice MINSAN)				somministrazione +distribuzione diretta (monitoraggio)		-	OLIAMM
	10	F	ONCOLOGIA	Costo totale dei farmaci innovativi	Tetto Spesa farmaci innovativi (prodotti con codice MINSAN)				monitoraggio		-	Farmaci
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021		Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Appropriatezza, qualità e processo	11	F	ONCOLOGIA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri non ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alto rischio di inappropriatezza/ N. ammessi con DRG diverso da alto rischio di inappropriatezza	29%	28%	32%	(*)	<=32%	31%	SDO
	12	F	ONCOLOGIA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alta complessità e ricoveri totali in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alta complessità/ N. ammessi (RO)	25%	29%	24%	monitoraggio		25%	SDO
	13	F	ONCOLOGIA	Giorni medi di ricovero oltre la soglia ufficiale (RO)	\sum delle giornate oltre soglia / N. dimessi (RO)	2,72	2,19	2,75	(*)	4,00	3,97	SDO
	14	F	ONCOLOGIA	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,3%	0,2%	0,1%		<=0,1%		Report MED
	15	F	ONCOLOGIA	Tempestività di compilazione della dimissione medica	Numero di SDO con dimissione medica su trackcare entro 5gg dalla reale dimissione fisica / Numero totale di dimissioni					95%		TrakCare
	16	F	ONCOLOGIA	Compilazione della data di dimissibilità per i dimessi verso il territorio	Numero SDO con data dimissibilità vs territorio compilata / Numero totale SDO					90%		TrakCare

Nota

(*) si concorda un differente target in considerazione del nuovo quadro epidemiologico indotto dalla pandemia in ambito oncologico, che potrebbe concorrere ad un allungamento della degenza media

Il Direttore di Dipartimento
Prof. Umberto Ricardi

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Attività	1	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Numero di dimissioni	Numero di dimissioni dal dipartimento (regime ordinario)	4.579	4.148	4.315	>=4747 (22 ricoveri/PL)	1.027	SDO
	2	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Numero DRG chirurgici	N. dimissioni in regime ordinario di DRG chirurgici	3.972	3.617	3.847	>=4232	919	SDO
	3	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Indicatore Comparativo di Performance (ICP)	$\sum DM_{standardizzata} / ((DM_{std} * [1-5\%]))$	1,08	1,05	1,21	<=1,21	1,10	SDO
	4	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Erogazione prestazioni all'interno dell'elenco del PNGLA	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate tra quelle nell'elenco del PNGLA	13.710	8.727	12.238	>=13462	1.201	File C
	5	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Numero totale di prestazioni ambulatoriali (Flusso C)	Numero di prestazioni ambulatoriali	151.608	90.502	109.516	120.468	25.570	File C, C2
Ambito economico e di efficienza	6	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Riduzione utilizzo farmaci fuori prontuario	Totale spesa farmaci fuori prontuario 2022			21.481	<=17185	4.508	OLIAMM
adeguatezza, qualità e processo	7	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Frattura del femore - entro 2gg	68%	56%	62%	>=70%	80%	SDO
	8	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Frattura del femore - Mortalità ospedaliera a 30gg	2%	4%	3%	<=2%	1%	SDO
	9	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Frattura del femore - Mortalità Ospedaliera	2%	5%	3%	<=2%	1%	SDO
	10	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Protesi d'anca - Riammissioni a 30gg in CDSS	1%	2%	3%	<=1%	3%	SDO
	11	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Protesi di ginocchio - Riammissioni a 30gg in CDSS	2%	1%	0%	<=1%	0%	SDO
	12	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Protesi d'Anca Classe A (gg)	58,5	59,5	122,5	<=30	181,02	SDO
	13	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Protesi d'Anca Classe B (gg)	438,3	408,5	452,2	<=60	567,36	SDO
	14	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Giornate totali di degenza di DRG medici sul totale delle giornate di degenza (RO)	N. gg degenza DRG medico/ GG degenza totali (RO) Escludere	9%	7%	8%	<=7,8%	31%	SDO
	15	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri non ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alto rischio di inappropriatezza/ N. ammessi con DRG diverso da alto rischio di inappropriatezza	26%	23%	23%	<=22,73%	23%	SDO
16	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alta complessità e ricoveri totali in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alta complessità/ N. ammessi (RO)	29%	28%	24%	>=23,99%	24%	SDO	

Appr	17	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Giorni medi di ricovero oltre la soglia ufficiale (RO)	\sum delle giornate oltre soglia / N. dimessi (RO)	0,68	0,98	0,98	<=0,98	1,26	SDO
	18	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,4%	0,5%	0,1%	<=0,099%		Report MED
	19	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Tempestività di compilazione della dimissione medica	Numero di SDO con dimissione medica su trakcare entro 5gg dalla reale dimissione fisica / Numero totale di dimissioni				95%		TrakCare
	20	L	DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Compilazione della data di dimissibilità per i dimessi verso il territorio	Numero SDO con data dimissibilità vs territorio compilata / Numero totale SDO				90%		TrakCare

Il Direttore di Dipartimento
Prof. Giuseppe Massazza

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

Obiettivo	Indicatore	Valori attesi 2022	Fonte dati
Riduzione spesa farmaceutica	% N. preparazioni eseguite rispetto alle richieste di terapia in Avastin	>90%	Farmacia
Riduzione spesa farmaceutica	N. incontri monitoraggio spesa farmaci off-label	>=10	Farmacia
Riduzione spesa farmaceutica	N. incontri monitoraggio appropriatezza con infettivologia	>=5	Farmacia
Elaborazione mensile liste di attesa chirurgiche	evidenza documentale	Relazione	
Coordinamento delle azioni finalizzate alla risoluzione delle criticità condivise tra Direzione e Dipartimento QSC per l'aumento della Produzione ricoveri	evidenza documentale	Relazione	
Coordinamento degli interventi e supporto al Controllo di Gestione nella predisposizione dei report finalizzati alla Soddisfazione tempi di attesa	evidenza documentale	Relazione	
Obiettivo	Indicatore	Valori attesi 2022	Fonte dati
Codifica procedure TAVI	% TAVI rilevate nelle SDO vs totale procedure TAVI rilevate nel registro operatorio	100%	Report MED
Rilevazione mensile posti letto	% N. rilevazioni effettuate vs richiesto	100%	CdG
Degenza media	Rilevazione stato e data dimissibilità	>90%	CdG
Codifica procedure robotica	% chirurgia robotica rilevate nelle SDO vs totale procedure rilevate nel registro operatorio	100%	CdG

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Antonio Scarmozzino

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle



ANESTESIA RIANIMAZIONE ED EMERGENZA

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Ambito economico e di efficienza	1	D	ANESTESIA RIANIMAZIONE ED EMERGENZA	Antifungini – Riduzione del consumo medio per giornate di degenza	DDD Antifungini / Totale giornate di degenza in RO	0,34	0,34	0,30	<=0,28	0,49	OLIAMM
	2	D	ANESTESIA RIANIMAZIONE ED EMERGENZA	Riduzione utilizzo farmaci fuori prontouario	Totale spesa farmaci fuori prontouario 2022			10.082	<=8065	1.708	OLIAMM
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Appropriatezza, qualità e processo	3	D	ANESTESIA RIANIMAZIONE ED EMERGENZA	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,6%	0,2%	0,0%	<=0,03%		Report MED
	4	D	ANESTESIA RIANIMAZIONE ED EMERGENZA	Monitoraggio della corretta compilazione del registro operatorio per i campi (variabili di stratificazione: primo chirurgo, equipe, tempi taglio e sutura, presenza specializzandi)	Numero di campi vuoti / Numero totale di record				90%		TrakCare
	5	D	ANESTESIA RIANIMAZIONE ED EMERGENZA	Rispetto tempo di inizio intervento al mattino	Percentuale di interventi con data di avvio entro tempo massimo stabilito				100%		TrakCare
	6	D	ANESTESIA RIANIMAZIONE ED EMERGENZA	Percentuale interventi in elezione con tempo complessivo che rispettano il tempo medio stratificato	Percentuale interventi entro tempo totale standard sul numero totale interventi				>=70%		TrakCare

Il Direttore di Dipartimento
Prof. Maurizio Berardino

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle


CARDIOVASCOLARE E TORACICO

Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Attività	1	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Numero di dimissioni	Numero di dimissioni dal dipartimento (regime ordinario)	4.808	3.796	4.112	>=4523 (53 ricoveri/PL)	1.001	SDO
	2	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatore Comparativo di Performance (ICP) - attività in ELEZIONE	$\Sigma DM_{standardizzata} / ((DM_{std} * [1-5\%]))$	1,08	1,05	1,13	<=1,084	1,13	SDO
	3	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Numero di DRG chirurgici	N. dimissioni in regime ordinario di DRG chirurgici	3.578	2.901	3.262	>=3588	787	SDO
	4	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Numero procedure TAVI	Numero massimo di procedure	105	103	141	<=150		SDO
	5	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Numero di interventi in chirurgia robotica	Numero di interventi con robot Da Vinci	24	22	38	<=45		SDO
	6	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Erogazione prestazioni all'interno dell'elenco del PNGLA	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate tra quelle nell'elenco del PNGLA	28.671	20.160	28.976	>=31874	4.536	File C
	7	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Numero totale di prestazioni ambulatoriali (Flusso C)	Numero di prestazioni ambulatoriali	91.066	67.037	87.448	96.193	22.956	File C, C2
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
Ambito economico e di efficienza	8	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Aderenza FileF-consumi	Totale spesa farmaci File F / Totale spesa consumi	10,4%	7,2%	5,4%	>=5,42%	4%	FileF, OLIAMM
Ambito	N° ob.	Cod struttura	Struttura	Obiettivo	Indicatore	Valori 2019	Valori 2020	Valori 2021	Valori attesi 2022	Totale rilevato	Fonte dati
	9	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Trattamenti con PTCA entro 2 giorni	78%	78%	71%	>=80%	81%	SDO
	10	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Scopenso cardiaco - mortalità ospedaliera a 30gg	6%	8%	6%	<=6%	3%	SDO
	11	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Scopenso cardiaco - mortalità ospedaliera	6%	9%	7%	<=6%	5%	SDO
	12	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	Scopenso cardiaco - riammissione a 30gg	8%	8%	11%	<=8%	15%	SDO
	13	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	BPCO - mortalità a ospedaliera 30gg	6%	6%	8%	<=8%	19%	SDO
	14	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da PNE	BPCO - mortalità ospedaliera	6%	8%	9%	<=6%	21%	SDO
	15	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Angioplastica coronarica PTCA Classe A (gg)	15,35	33,16	38,41	<=30	42,83	SDO
	16	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Angioplastica coronarica PTCA Classe B (gg)	38,78	64,88	74,03	<=60	73,69	SDO
	17	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi By-pass aortocoronarico Classe A (gg)	15,08	8,77	8,88	<=30	5,33	SDO

Appropriatezza, qualità e processo

18	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi By-pass aortocoronarico Classe B (gg)	36,20	53,60	81,50	<=60	-	SDO
19	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Coronografia Classe A (gg)	17,70	28,13	30,20	<=30	44,58	SDO
20	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Coronografia Classe B (gg)	35,13	45,47	58,16	<=60	62,05	SDO
21	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Endoarteriectomia carotidea Classe A (gg)	6,63	7,60	10,67	<=30	-	SDO
22	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Endoarteriectomia carotidea Classe B (gg)	33,69	31,87	32,25	<=60	54,52	SDO
23	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Interventi chirurgici polmone Classe A (gg)	21,00	14,25	9,33	<=30	3,00	SDO
24	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Indicatori personalizzati Dipartimento da Soddisfacimento tempi di attesa	Tempo medio interventi Interventi chirurgici polmone Classe B (gg)	32,23	34,83	35,25	<=60	35,50	SDO
25	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri non ad alto rischio di inappropriata in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alto rischio di inappropriata/ N. ammessi con DRG diverso da alto rischio di inappropriata	5%	5%	4%	<=4,26%	4%	SDO
26	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alta complessità e ricoveri totali in regime ordinario	N. ammessi con DRG ad alta complessità/ N. ammessi (RO)	34%	37%	40%	>=39,73%	37%	SDO
27	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Giorni medi di ricovero oltre la soglia ufficiale (RO)	Σ delle giornate oltre soglia / N. dimessi (RO)	0,52	0,57	0,75	<=0,52	0,85	SDO
28	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Monitoraggio della corretta compilazione delle TAVI nel flusso SDO	Numero di interventi rilevati da flusso SDO / Numero di interventi rilevati da registro operatorio				100%		SDO
29	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Interventi di competenza per la corretta gestione dei flussi di mobilità (corretta registrazione, correzione degli errori flusso C, ...)	% errori rilevati flusso C	0,21%	0,27%	0,05%	<=0,05%		Report MED
30	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Tempestività di compilazione della dimissione medica	Numero di SDO con dimissione medica su trakcare entro 5gg dalla reale dimissione fisica / Numero totale di dimissioni				95%		TrakCare
31	N	CARDIOVASCOLARE E TORACICO	Compilazione della data di dimissibilità per i dimessi verso il territorio	Numero SDO con data dimissibilità vs territorio compilata / Numero totale SDO				90%		TrakCare

Il Direttore di Dipartimento
Prof. Mauro Rinaldi

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni La Valle