

A.O. Ordine Mauriziano di Torino
Piano della Performance
anni 2023 - 2025

Sommario

A. OBIETTIVI TRASVERSALI AREA SANITA'	4
A.1) Budget	4
A.2) Migliorare l'utilizzo del sangue e aumentare la sicurezza del paziente nel percorso trasfusionale	4
A.3) Riduzione del consumo inappropriato di antibiotici in ambito ospedaliero	5
A.4) Sorveglianza del consumo di soluzione idro-alcolica (CSIA) per l'igiene delle mani	5
A.5) Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva - Aumento del risparmio relativamente alla Distribuzione Diretta	6
A.6) Donazioni d'organo.....	6
.I) Non opposizione alla donazione di organi	6
.II) Donatori di cornee.....	6
A.7) Gestione dei dispositivi medico-assistenziali specialistici e dei medicinali ad alto costo attraverso depositi informatizzati	7
A.8) Monitoraggio rapporto volumi concordati della libera professione / attività istituzionale	8
A.9) Verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo	8
A.10) Referti firmati digitalmente.....	8
A.11) Tempi di attesa ricovero.....	9
B. DIPARTIMENTO CHIRURGICO	11
➤ OBIETTIVI COMUNI	11
B.1) Contenimento delle giornate di degenza pre-intervento per ricoveri chirurgici programmati	11
B.2) Tempi di attesa visita specialistica	11
B.3) Tempi di attesa prestazioni strumentali di specialistica ambulatoriale	12
B.4) Sorveglianza e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)	13
.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.	13
.II) Prevalenza dell'applicazione dei "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità.	13
➤ OBIETTIVI AREA CHIRURGICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA	14
S.C. Anestesia e Rianimazione Generale	14
S.C. Chirurgia Generale e Oncologica	15
S.C. Odontostomatologia.....	15
S.C.D.U. Ostetricia e Ginecologia.....	16

S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	16
C. DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI.....	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>	17
➤ OBIETTIVI AREA DIAGNOSTICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA	17
S.C. Anatomia Patologica.....	17
S.C. Farmacia Ospedaliera	17
S.C. Fisica Sanitaria	19
S.C. Laboratorio Analisi.....	20
S.C. Medicina Nucleare.....	21
S.C. Radiodiagnostica	22
S.C. Radioterapia.....	23
D. DIPARTIMENTO MEDICO	24
➤ OBIETTIVI COMUNI	24
<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>	24
<i>D.2) Tempi di attesa visita specialistica</i>	24
<i>D.3) Tempi di attesa prestazioni strumentali di specialistica ambulatoriale</i>	25
<i>D.4) Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione anche nei giorni prefestivi e festivi, soprattutto a ridosso del fine settimana.....</i>	26
<i>D.5) Velocizzare il ricovero da pronto soccorso</i>	27
➤ OBIETTIVI AREA MEDICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA.....	28
S.C. Cardiologia	28
S.C. Gastroenterologia.....	28
S.C. Pediatria e Neonatologia.....	29
S.C.D.U. Immunologia e Allergologia.....	30
S.S.D.D.U. Reumatologia.....	30
E. DIPARTIMENTO FUNZIONALE EMERGENZA E ACCETTAZIONE	31
S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'urgenza (MECAU)	31
F. S.C. DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE (Di.P.Sa).....	33
G) AREA AMMINISTRATIVA TECNICA PROFESSIONALE	34
➤ OBIETTIVI COMUNI	34
<i>G.1) Adempimenti di competenza del PTPC 2023 previsti dal PIAO 23/25.....</i>	34
<i>G.2) Rispetto dei tempi pagamento delle fatture commerciali.....</i>	34
<i>G.3) Verifica formazione di cui all'art. 37 D. Lgs. 81/08 del personale assegnato</i>	34

➤ OBIETTIVI DISTINTI PER STRUTTURA.....	35
S.C. Economico Finanziario.....	35
S.C. GORU.....	35
S.C. ICT Sistemi Informativi.....	36
S.C. Provveditorato	38
S.C. Tecnico	38
S.S. Affari Generali, Legali.....	39
S.S. Controllo di Gestione	39
S.S. Ingegneria Clinica	40
S.S. Prevenzione, Protezione dai rischi	41

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 2023 \geq valore produzione anno 2019
- 2) margine di efficienza 2023 \geq margine di efficienza 2019

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

- <https://www.centronazionale sangue.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

- 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 Monitoraggio consumo aziendale di meropen (classe Carbapenemi) e di levofloxacina (classe Chinoloni)
Valore atteso Mantenimento nel 2023 del consumo aziendale di meropenem e di levofloxacina dell'anno 2022

A.4) 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 2023”;
- 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.5) Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva - Aumento del risparmio relativamente alla Distribuzione Diretta

- 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 “Gestione della spesa”, obiettivo 1.2 Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva”.

Mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03 – Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti a piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari.

Nel caso in cui l'importo cumulato relativo al 2022 sia inferiore al dato medio del quadriennio occorre mantenere il dato del 2022.

Indicatori					
Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata dal flusso File F ed afferente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio – dicembre 2023.					
Valore atteso					
Spesa indotta nel 2023 \leq € 10.220.499 (= valore della spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022).					
Rappresentazione dei dati di Distribuzione Diretta del quadriennio 2019-2020-2021-2022 e del valore obiettivo anno 2023					
Azienda di Prescrizione	Importo Distribuzione Diretta (Tipo 03) 2019	Importo Distribuzione Diretta (Tipo 03) 2020	Importo Distribuzione Diretta (Tipo 03) 2021	Importo Distribuzione Diretta (Tipo 3)* 2022	Valore Target Indicatore proposto per il 2023
908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	8.180.828	10.146.703	10.326.280	12.228.185	10.220.499

A.6) Donazioni d'organo

.I) Non opposizione alla donazione di organi

.II) Donatori di cornee

- 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 2023 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)
$$\frac{\text{Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero}}{\text{segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione}} \\ \text{afferenti al P.O. senza volontà (favorevole o contraria) presente nel Sistema Informativo Trapianti}$$

La valutazione sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. che hanno meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2023 senza volontà presente nel SIT.

II)
$$\frac{\text{N° donatori di cornea nel 2023}}{\text{totale dei decessi ospedalieri nel 2022 fra i 5 e i 78 anni compresi}}$$

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) Gestione dei dispositivi medico-assistenziali specialistici e dei medicinali ad alto costo attraverso depositi informatizzati

Ove possibile dettagliare un obiettivo individuale - collaborazione S.C. Farmacia.

Indicatore

Monitoraggio/sorveglianza giacenza fisica dei dispositivi medici specialistici e dei medicinali ad alto costo

Valore atteso

90% dei materiali deve presentare giacenza fisica uguale a quanto registrato informaticamente.

A.8) Monitoraggio rapporto volumi concordati della libera professione / attività istituzionale

- D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, art. 15-quinquies “Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari” (comma 3°);
- CCNL Area Sanità, triennio 2016-2018, del 19/12/2019, artt. 31, 114.

Monitoraggio da parte della Direzione Medica del rapporto tra l'attività istituzionale e l'attività libero-professionale.

I volumi di attività libero professionale intramuraria svolti dai dirigenti non possono in alcun caso superare i volumi di attività istituzionale.

A.9) Verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo

- Obiettivi Generali Dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale, Integrativa e Protesica -PSSR 2007-10- (par. 2.2.3) – Appropriatezza.

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.10) Referti firmati digitalmente

Strutture interessate: S.C. Ginecologia, S.C. Oculistica, S.C. Ortopedia, S.C.D.U. Immunologia e Allergologia.

Indicatore
Numero di referti firmati digitalmente
Valore atteso
≥ 90%

A.11) 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:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ prestazioni per classe di priorità A erogate entro 30 gg}}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni totali per classe di priorità A}}$
• Per tipologia di intervento con codice di priorità B:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ prestazioni per classe di priorità B erogate entro 60 gg}}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni totali per classe di priorità B}}$
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 aortocornarico	≥ 90%	≥ 90%
	S.C. Chirurgia Plastica	Interventi chirurgici melanoma	≥ 90%	≥ 90%
	S.C. Chirurgia generale e oncologica	Colecistectomia laparoscopica	≥ 67%	≥ 90%
		interventi chirurgici tumore colon retto	≥ 90%	≥ 90%
		interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	≥ 89%	≥ 90%

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. Cardiochirurgia, S.C. Chirurgia generale e 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.

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

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.

<p>Indicatore</p> $\Sigma \frac{(\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{N^{\circ} \text{ prestazioni}}$ <p>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%</p>

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 e Oncologica, 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"

➤ 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.

≥ 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 e 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

$$\frac{\text{intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 gg}}{\text{ricoveri per colecistectomia laparoscopica}}$$

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

- Appropriatelyzza 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) Proporzioe di parti con taglio cesareo primario

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

- 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. Proporzioe 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

n° di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)

n° 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 DIAGNOSTICA E SERVIZI

➤ 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.

Servizi coinvolti: 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

- Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici

- 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 "Gestione della spesa", obiettivo 1.3;
- D.M. 11/06/2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN.

Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici.

L'obiettivo, articolato in 3 sub-obiettivi, è allineato rispetto agli adempimenti LEA.

Struttura coinvolta: Controllo di Gestione.

Indicatori

- 1) Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumo di Dispositivi Medici e i costi imputati a Conto Economico.
- 2) Rapporto tra il numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP-Contratti.
- 3) Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi Medici, distintamente per le 3 CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici.

Valore atteso

- 1) Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10% tra la spesa aziendale per DM rilevata dal flusso DMRP rispetto ai costi imputati in CE
- 2) Almeno il 95% dei record inviati deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione"
- 3) Risultato dei tre sub indicatori =100, con margine di tolleranza compreso tra -50% e + 50%.

- Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica

- 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 "Gestione della spesa", obiettivo 1.4.

Verifica mensile della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri.

Struttura coinvolta controllo di gestione.

Indicatore

Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal modello di conto economico ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO).

Valore atteso

100% con scostamento massimo ammissibile pari a $\pm 2\%$ sul valore annuale e $\pm 5\%$ sui valori trimestrali.

-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.

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%

- Implemetazione 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 completamente nell'anno 2024

- 1) spostamento settore rimanente di Immunometria Specialistica (strumenti Kripton e Immulite) nella parte anteriore della stanza outsourcing
- 2) Liberazione e pulizia delle ex stanze di Immunometria specialistica e Infettivologia
- 3) Preparazione e spostamento di tutti gli strumenti e scrivanie del settore Proteine Specifiche nella ex stanza di Immunometria specialistica
- 4) Preparazione della ex stanza di Infettivologia per accogliere nuovo frigorifero -80°C e per le funzioni di magazzino

- 5) Liberazione e pulizia di tutti settori occupati in precedenza dalla Segreteria del Laboratorio
- 6) Liberazione e pulizia dei settori occupati in precedenza dalle Proteine Specifiche e dalla TAO con messa in comunicazione di questi due settori (con l'abbattimento di uno dei due tramiti già esistenti). Preparazione della pressione positiva in tutto questo settore che verrà occupato dalla microbiologia.
- 7) 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.
- 8) Preparazione e spostamento di tutti gli strumenti e scrivanie nel nuovo settore della microbiologia a pressione negativa.
- 9) Apertura e rifacimento della nuova entrata di servizio del Laboratorio nel vano scale al 1 piano sopra l'entrata principale."
- Indicatori per il 2023: conclusione punto 6, con presenza di progetti e strutture completate

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 terapie medico-nucleari dell'ipertiroidismo (ai sensi della legge 101/2020).

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

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

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

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

S.C. Radiodiagnostica

-Ottimizzazione della gestione del flusso dei pazienti ricoverati e del PS con la nuova collocazione della Radiologia del Pronto Soccorso e valutazione dell'outcom dell'inserimento della guardia attiva radiologica.

Durata 18 mesi

Valutazione del numero di pazienti dimessi dal pronto soccorso in nottata grazie alla possibilità di formulare il referto in tempi brevi"

- 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

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

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
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

S.C. Radioterapia

-Rispetto del timing fra visita GIC e inizio della Radioterapia secondo le Linee Guida della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta

-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
$\sum \frac{(\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{N^\circ \text{ prestazioni}}$
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
$\sum \frac{(\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{N^\circ \text{ prestazioni}}$
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 Elettrocardiogramma	30 gg
	Tempi di attesa eco color dopplergrafia cardiaca	40 gg
	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro 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.4) Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione anche nei giorni prefestivi e festivi, soprattutto a ridosso del fine settimana

- Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso, approvato dalla Conferenza Stato Regioni 1° agosto 2019 (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3143).

Indicatore

Rapporto tra le dimissioni eseguite nel fine settimana nell'anno 2023 e le dimissioni del fine settimana dell'anno 2022.

Valore atteso
Dimissioni nel fine settimana anno 2023 > dimissioni fine settimana anno 2022. Cfr tabella che segue

Strutture interessate:	Dimissioni fine settimana anno 2022
S.C. Cardiologia	17%
S.C. Medicina Interna	13%
S.C. Gastroenterologia	15%
S.C. Pediatria CAN nati patologici	28%
S.C. Neurologia	6%
S.C. Pneumologia	13%

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

➤ OBIETTIVI AREA MEDICA DISTINTI PER STRUTTURA COMPLESSA

S.C. Cardiologia

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

- 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 4.3;
- 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 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 “Prevenzione”, obiettivo 5.3.

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

- Proposta di progetto, con la Direzione Sanitaria, di verifica circa l'inappropriatezza prescrittiva per gli esami endoscopici, in accordo con medici di medicina generale
testando su un arco temporale di 3-4 mesi
1° semestre 2023

S.C. Pediatria e Neonatologia

Obiettivi Di Choosing Wisley

- 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).

- Ciclo di 6 incontri ("Ematologi pediatri e dell'adulto: definizione di percorsi comuni")

La Struttura Complessa di Pediatria e la SCU Ematologia dell'Ospedale Mauriziano hanno organizzato con il supporto A22 Formazione del Mauriziano un ciclo di 6 incontri ("Ematologi pediatri e dell'adulto: definizione di percorsi comuni") relativamente alla patologia ematologica non oncologica che esordisce tipicamente in età pediatrica.

Il fine è quello di favorire la interazione e la condivisione tra Pediatri Ematologi e Ematologi dell'adulto, permettere un aggiornamento reciproco e definire, quanto riguarda la patologia ematologica, percorsi di transizione dei pazienti dall'età pediatrica all'età adulta. La SC Pediatria si

impegna nei prossimi anni a favorire e definire percorsi di transizione anche per i pazienti pediatrici affetti da malattie rare.

S.C.D.U. Immunologia e Allergologia

-1) vaccinazione intraospedaliera (c/o nostra struttura) per batteri capsulati e virus del'herpes Zoster, dei pazienti con elevato rischio infettivo (Immunodeficienza primitiva e secondaria a malattie autoimmuni, neoplasie, nefropatia grave)

2) creazione di un percorso diagnostico terapeutico medico-chirurgico per pazienti con Angioedema ereditario e acquisito (con deficit di C1-INH), caratterizzati da elevato rischio di flare di malattia anche per procedure mini-invasive. "

S.S.D.D.U. Reumatologia

Obiettivi Clinici Choosing Wysley

-Diagnosi precoce ed un tight control per i pazienti con malattie reumatiche afferenti alla struttura

Le raccomandazioni internazionali indicano l'importanza della diagnosi precoce e dell'uso delle strategie "treat-to-target" con l'ottimizzazione del trattamento al fine di prevenire l'evoluzione verso il danno e la disabilità. L'obiettivo strategico 2022-2023 della SSDDU Reumatologia dell'AO Mauriziano si propone di garantire una diagnosi precoce ed un tight control per i pazienti con malattie reumatiche afferenti alla struttura, con prime visite specialistiche a breve e controlli ravvicinati, misurando l'attività di malattia e l'ottenimento della remissione secondo i criteri di misura internazionalmente riconosciuti (numero di nuovi accessi e numero di controlli ravvicinati secondo il principio del tight-control; indici clinimetrici e strumentali di remissione; patient reported outcomes).

Indicatori di misura: numero di nuovi accessi e numero di controlli ravvicinati ad espressione del tight control, indici clinimetrici e strumentali (DAS28, CDAI, DAPSA, BASDAI), patient reported outcomes (PROs)

validità anni 2022-2023"

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 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. Attivazione dei percorsi di fast-track - in tutti i PO sede di PS/DEA dell'ASR

- Allegato C alla DGR n.7-3088/2021 , cfr. schede relative al fast track problemi di pertinenza delle seguenti specialistiche: oculistica; ORL; dermatologia; maxillo/odontoiatrica.

Indicatore

Rapporto trimestrale con n° di accessi di PS/DEA avviati ai percorsi fast-track e chiusi dagli specialisti competenti, per ogni PO sede di DEA/PS dell'ASR a partire da aprile 2022 compreso

Valore atteso

100% presenza dei rapporti trimestrali (3rapporti/3trimestri)

II. Miglioramento della compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding

Indicatore

differenza tra data/ora dimissione PS e data/ora indicazione al ricovero

diversa da 0,00

Valore atteso

≥ 75% su base mensile

III. Monitoraggio per la riduzione del boarding

Indicatore

Rilevazione giornaliera ed audit almeno mensile

Valore atteso

Report con rilevazione giornaliera su boarding. Un audit clinico assistenziale organizzativo almeno mensile

IV. Tempo medio di permanenza in PS

Indicatore

$$\frac{\text{data o ora di dimissione dal PS} - \text{data o ora di accesso al PS}}{\text{n}^\circ \text{ di accessi in PS}}$$

Valore atteso

≤ 6 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
Verbali di informazione ai collaboratori

- Integrazione con ASL Città di Torino e ASO Città della salute su percorsi continuità assistenziale – Pl 12 Azienda Zero

Indicatore

Procedura comune dimissioni difficili
Piano integrato Gestione cronicità e PL 12.

- PROGETTO Nursing FOC : sviluppo infermieristica attraverso modelli organizzativi ed assistenziali “patient and family centered care” 2023/24 per migliorare presa in carico “personalizzata” delle persone assistite con sperimentazione in 4 reparti (2 area Medica e 2 Area Chirurgica)

Indicatore

Formazione Coordinatori, Formazione on the job Infermieri. Focus group personale e persone assistite pre (2023) e post (2024). Attivazione sistema monitoraggio costante su ¾ indicatori esiti sensibili assistenza infermieristica (cadute, lesioni, ICA).

- PICC TEAM AZIENDALE per garantire l'applicazione delle best practice nell'inserimento e gestione alcuni dispositivi vascolari (PICC, Midline, cannule venose lunghe,..) e centralizzare la presa in carico del paziente che necessita di alcuni dispositivi vascolari (PICC, Midline, cannule venose lunghe,..) in un'unica area nei 3 Dipartimenti. Misurare l'aderenza alle indicazioni di best practice durante l'impianto e gestione degli accessi vascolari In collaborazione DSPO

Indicatore

Riduzione di batteriemia catetere correlate nei pazienti con impianto posizionato dal TAV.
Presenza della delibera aziendale del Team Accessi Vascolari.
Presenza della procedura aziendale di attivazione del Team Accessi Vascolari.

G) AREA AMMINISTRATIVA TECNICA PROFESSIONALE

➤ OBIETTIVI COMUNI

G.1) Adempimenti di competenza del PTPC 2023 previsti dal PIAO 23/25

Indicatore

Adozione misure previste per l'anno 2023

G.2) Rispetto dei tempi pagamento delle fatture commerciali

- 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.

Indicatore

Pagamento entro 60 gg. dalla data di ricevimento della fattura.

Liquidazione della fattura elettronica entro 40 giorni dalla data di registrazione (45 gg per S.C. Provveditorato e S.C. Tecnico).

Report trimestrale con il tempo medio di liquidazione delle fatture.

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

Predisposizione di un programma di formazione per tutto il personale della struttura.

Verifica di attuazione del programma di formazione per tutto il personale della struttura presentato nella relazione agli obiettivi 2022.

➤ OBIETTIVI DISTINTI PER STRUTTURA

S.C. Economico Finanziario

- Migrazione dati per l'applicazione del nuovo programma contabile regionale AMCO

Struttura interessata: S.C. I.C.T. Sistemi Informativi.

Indicatore

- 1) Predisposizione nuovi conti di bilancio su applicativo amministrativo contabile e messa a disposizione dei servizi.
- 2) Verifica ed invio prospetti relativi alla migrazione dei dati (es. partitari clienti/fornitori, cespiti, ecc.) per il nuovo AMCO al CSI e al DICR.
- 3) Pulizia anagrafica fornitori e clienti.
- 4) Verifica Giacenze e Costi iniziali.

S.C. GORU

- Consolidamento della fascicolazione digitale della documentazione afferente al fascicolo personale per i dipendenti assunti a decorrere dal 1° gennaio al 31 dicembre 2015

L'obiettivo è pluriennale e coinvolge tutte le articolazioni organizzative della SC Goru esclusa l'area formazione.

Indicatore

$$\frac{N^{\circ} \text{ fascicoli}}{N^{\circ} \text{ assunzioni}} = 80\%$$

Il raggiungimento dell'obiettivo pieno dovrà tenere conto del numero di assunzioni effettuate e previste per l'anno in corso.

- Consolidamento del lavoro agile secondo le indicazioni normative del POLA, come previsto dal PIAO 23/25, e in attuazione degli accordi individuali

Indicatore 1) Evidenza della parte “Piano Organizzativo del Lavoro Agile” nell’ambito del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (sezione Organizzazione e Capitale Umano) 2) $\frac{\text{N° accordi individuali sottoscritti}}{\text{N° candidature LA pervenute entro aprile 2023}} = 100 \%$
--

- Aggiornamento dell'Anagrafe Regionale operatori sanitari OPESSAN

Indicatore Verifica e controllo della procedura OPESSAN

S.C. ICT Sistemi Informativi

- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – (FSE 2.0)

- 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 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, obiettivo 3.4.

Alla luce dell’opportunità costituita dal PNNR, il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la suddetta pianificazione relativamente alla progettualità Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0.

Indicatore Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0. entro il 31/12/2023: -adeguamento tecnologico degli applicativi refertanti per il dialogo con il gateway nazionale, nel rispetto del cronoprogramma condiviso con la Regione; -aggiornamento del repository relativamente alle specifiche tecniche regionali, ivi incluso l’avvio degli interventi per la gestione del processo di dematerializzazione esenzioni di patologia entro il 30 settembre 2023 con predisposizione del cronoprogramma realizzativo; -conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l’85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali. Valore atteso 100%

- Tempi di attesa. Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP

Struttura interessata: Direzione Sanitaria di Presidio

- 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 4.1;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021.

Il presente obiettivo ha come finalità l'efficientamento e adeguato utilizzo delle Agende aziendali sia "pubbliche" che "dedicate" mediante il sistema CUP; pertanto sarà oggetto di valutazione la relazione tra le prestazioni erogate e le prestazioni prenotate, il cui rapporto dovrà essere minore o uguale a 1,00.

Indicatore	$\frac{\text{Prestazioni erogate Flusso C}}{\text{Prestazioni prenotate CUP}}$
Valore atteso	$\text{N}^\circ \text{ prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023} \leq \text{N}^\circ \text{ prestazioni prenotate al CUP nel 2023}$

- Procedure per la messa in atto del Progetto Cartella Clinica finanziato con i fondi del PNRR

Struttura interessata: S.S. Controllo di Gestione.

Indicatore
Studio di fattibilità, piano dei fabbisogni, atti amministrativi necessari alla corretta rendicontazione del PNRR, sviluppo software.

- Migrazione dati per l'applicazione del nuovo programma contabile regionale AMCO

<ol style="list-style-type: none">1) Corretta attribuzione ai nuovi conti di bilancio delle immobilizzazioni tramite la codifica dei beni e delle classi dei cespiti;2) Chiusura Ordini anni pregressi;3) Supporto alla migrazione dei dati per il nuovo AMCO.
--

S.C. Provveditorato

- Migrazione dati per l'applicazione del nuovo programma contabile regionale AMCO

Strutture interessate: S.C. I.C.T. Sistemi Informativi, S.C. Economico Finanziario.

Indicatore

- 1) Verifica anagrafica prodotti, eliminazione duplicati;
- 2) Verifica codifica prodotti a unità di misura;
- 3) Corretta attribuzione prodotti ai nuovi conti di bilancio attraverso le classi merceologiche;
- 4) Corretta attribuzione ai nuovi conti di bilancio delle immobilizzazioni tramite la codifica dei beni e delle classi dei cespiti.
- 5) Verifica codice Deposito-Area
- 6) Verifica Giacenze e Costi iniziali

S.C. Tecnico

-Utilizzo risorse del PNRR - Missione 6 salute - sub-investimento 1.1.2 - per l'ammmodernamento del parco tecnologico del presidio

Struttura interessata: S.S. Ingegneria Clinica

- 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 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, obiettivo 3.3.

Grandi apparecchiature sanitarie: ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati.

Indicatori

- 1) Adozione di un cronoprogramma di sostituzione delle grandi apparecchiature sanitarie entro il T3 2023 e perseguimento del target di sostituzione del 50% della spesa finanziata entro il T4 2023.
 - 2) Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per la realizzazione degli interventi pari al 100% degli interventi relativi all'acquisto delle grandi apparecchiature sanitarie entro il 31/12/2023.
- Raggiungimento dei target e milestone sui lavori ancillari relativi alla sostituzione delle grandi apparecchiature.

- Progetti anticendio L. 145/2018 art.1 c. 95 – Approvazione studi di fattibilità

- 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 “Edilizia Sanitaria”, obiettivo 2.1.

La Missione 6 del PNRR ha riservato una parte rilevante di investimenti all’area edilizia prevedendo l’ammodernamento degli ospedali. Si richiede una programmazione efficiente degli interventi.

Indicatori

Interventi programmati e realizzati entro le tempistiche indicate.

Valore atteso

Approvazione studi di fattibilità entro il 31/12/2023

S.S. Affari Generali, Legali

- Monitoraggio adempimenti previsti dal regolamento UE 679/2016

Indicatore

Coordinamento monitoraggio. Almeno una riunione con gli altri direttori per la trasmissione dei risultati del gruppo di lavoro.

- Incremento degli affidamenti di difesa e rappresentanza dell'Azienda all'Ufficio Legale interno

Indicatore

Percentuale degli affidamenti interni rispetto a quelli affidati all'esterno del 2023 > percentuale degli affidamenti interni rispetto a quelli affidati all'esterno dell'anno 2022.

S.S. Controllo di Gestione

-Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende relativi alla distribuzione diretta ed ai consumi ospedalieri e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno.

- 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 “Gestione della spesa”, obiettivo 1.4.

Verifica mensile della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri.

<p>Indicatore Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal modello di conto economico ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO).</p> <p>Valore atteso 100% con scostamento massimo ammissibile pari a $\pm 2\%$ sul valore annuale e $\pm 5\%$ sui valori trimestrali.</p> <p>Riconciliazione dati report regionale trimestrale.</p>
--

- Migrazione dati per l'applicazione del nuovo programma contabile regionale AMCO

<p>Indicatore Verifica anagrafica prodotti, classi merceologiche e conti di bilancio / Fattori Produttivi collegati Verifica integrazioni.</p>

- Procedura per la messa in atto del progetto Cartella Clinica finanziato con i fondi del PNRR

Struttura interessata: S.C. Sistemi Informativi.

<p>Indicatore Analisi del software di implementazione della cartella clinica. Verifica e test.</p>
--

S.S. Ingegneria Clinica

- Utilizzo risorse del PNRR - Missione 6 salute - sub-investimento 1.1.2 - per l'ammmodernamento del parco tecnologico del presidio

Obiettivo triennale.

Struttura interessata: S.C. Tecnico.

- 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 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, obiettivo 3.3.

Grandi apparecchiature sanitarie: ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati.

Indicatori

- 1) Adozione di un cronoprogramma di sostituzione delle grandi apparecchiature sanitarie entro il T3 2023 e perseguimento del target di sostituzione del 50% della spesa finanziata entro il T4 2023.
 - 2) Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per la realizzazione degli interventi pari al 100% degli interventi relativi all'acquisto delle grandi apparecchiature sanitarie entro il 31/12/2023.
- Raggiungimento dei target e milestone sui lavori ancillari relativi alla sostituzione delle grandi apparecchiature.

S.S. Prevenzione, Protezione dai rischi

-Mantenimento del sistema SGSL

Indicatore

Aggiornamento delle procedure all'evoluzione normativa

-Rilevazione dati ed aggiornamento della tabella dirigenti /preposti SSL

Strutture interessate: S.C. Farmacia, S.C. Provveditorato.

Indicatore

Pubblicazione semestrale su internet
30/06/2023 – 31/12/2023

-Predisposizione del DUVRI provvisorio

Indicatore

Entro 20 gg dalla richiesta del RUP