



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 619 del 19/12/2025

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2026 DELL'AOU SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO

Copia informatica , tratta, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3/bis, comma 4/bis ed all'art. 23 del D.Lgs 82/2005, dal documento informatico sottoscritto con firma digitale, predisposto e conservato presso l'Amministrazione in conformità al D.Lgs. 82/2005 (C.A.D.) identificato con HASH, indicato/i in calce, dell'atto in oggetto e dei suoi allegati.

RIFERIMENTI INFORMATICI:

- DEL_2327349.pdf.p7m

C0B28384E40D74E911148B7B4BC566C0B94B9D52F6F330DCEB43251F09BFA6EE99FA33A3795AC154CF767
DCB7BE996FB4299314BA9AF2CF848779B01CE2562DE

- Obiettivi 2026.pdf.p7m

2A28D7DE62E6EF9F2A1D6F5721EC71497E63B8B503EB22A6DB176DAA9308B9BDA63C2F9636B8E8ADEAB6
2922AA09FC2F32FBFF2635EF0CD3E5F69CBA43A5E6D6

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2026 DELL'AOU SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO

Struttura proponente: S.C. Risorse Umane

Il Responsabile del Procedimento ex artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241	Il Direttore della struttura proponente
Dott. CANOVA CRISTIANO	Dott.ssa RINAUDO ANTONELLA

Registrazione contabile

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

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

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

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Davide Minniti

- Vista la D.G.R. n. 27-8058/2023/XI del 29/12/2023 con la quale il sottoscritto è stato nominato Direttore Generale di quest'Azienda;
 - viste le seguenti disposizioni normative riferite alla materia in trattazione:
 - l'art. 5 del D.Lgs 150/09, il quale stabilisce che il conseguimento degli obiettivi costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa;
 - l'art. 10 del suddetto decreto che dispone che ogni Azienda debba predisporre annualmente il Piano della Performance, documento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi e gli indicatori sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;
 - l'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, che ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), inteso come documento unico di programmazione finalizzato ad assorbire anche il Piano della Performance;
 - dato atto che, nelle more dell'emanazione della D.G.R. relativa all'assegnazione degli obiettivi regionali anno 2026, la Direzione Aziendale intende assegnare per il detto anno, alle articolazioni aziendali, gli obiettivi considerati prioritari secondo le consolidate indicazioni regionali;
 - dato atto altresì che i suddetti obiettivi sono stati presentati e condivisi con il Collegio di Direzione e con i Direttori ed i Dirigenti Responsabili delle Strutture Aziendali;
 - dato atto inoltre che gli stessi obiettivi saranno condivisi con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
 - ritenuto pertanto di procedere all'assegnazione alle articolazioni aziendali, per l'anno 2026, degli obiettivi aziendali declinati negli allegati prospetti, precisando che gli stessi saranno inseriti, quale Piano della Performance, nella relativa sezione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2026-2028, da adottarsi entro il 31.01.2026;
 - rilevato che il presente provvedimento viene proposto dal Direttore della S.C. Risorse Umane, che lo sottoscrive;
 - considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa e la legittimità del contenuto della stessa;
 - acquisiti i pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs 502/92 e s.m.i.;
- per quanto sopra considerato e ritenuto

DELIBERA

1. di adottare il Piano della Performance anno 2026, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che sarà inserito nella relativa sezione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2026-2028, da adottarsi entro il 31.01.2026;
2. di assegnare pertanto, per l'anno 2026, ai Direttori/Dirigenti Responsabili ed al personale di tutte le Strutture dell'Azienda nonché agli specialisti ambulatoriali ed al personale amministrativo e tecnico afferente ai dipartimenti universitari, gli obiettivi con i relativi pesi ed indicatori, elencati nelle tabelle di cui al predetto Allegato;
3. di dare atto che, presupposto per il raggiungimento degli obiettivi - *con riconoscimento del relativo trattamento di risultato/produttività* - da parte dei Direttori/Dirigenti Responsabili sarà la condivisione degli stessi con il relativo personale;
4. di precisare che tali obiettivi saranno modificati/integrati, con successivo provvedimento, alla luce di quelli regionali definiti con la relativa DGR;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale per quanto di competenza;
6. di dare atto che le informazioni relative al presente provvedimento, così come disciplinate dalla normativa vigente, verranno pubblicate sul sito internet aziendale, nell'ambito dei dati della sezione "*Amministrazione Trasparente - Performance - Piano della Performance*";
7. di pubblicare il presente provvedimento, per quindici giorni consecutivi, sul sito informatico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi Gonzaga;
8. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 L.R.10/95, al fine di procedere tempestivamente alle necessarie comunicazioni, trattandosi di obiettivi aventi decorrenza 01.01.2026.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. DAVIDE MINNITI

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

Allegato: Piano della Performance 2026

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	1	APP-1	APPROPRIATEZZA	1) Analisi iniziale e mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nei SPDC 2) Implementazione di protocolli operativi standard per la gestione dei pazienti in stato di agitazione in accordo con le direttive regionali	1) Report di mappatura as is 2) Monitoraggio Protocolli approvati e adottati	1) presenza report 2) presenza di almeno 2 report	1) 10 2) 10		Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	2	SIC_SO-1	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Corretta compilazione checklist per la sicurezza in sala operatoria: audit per Dip. Chirurgico stratificato per strutture su corretta compilazione checklist	presenza verbali audit	SI	30	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	3	SIC_SO-3	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Revisione procedura prevenzione e gestione cadute dei pazienti	Pubblicazione revisione sul portale intranet entro il 31/12/2026	SI	30	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	4	SIC_SO-4	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	rispetto degli obiettivi regionali in tema di Risk Management	report	SI	20		Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	5	EF_ORG-1	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativo a completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24	Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2026 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII	SI	15		Area Organizzativa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	6	MON-2	MONITORAGGIO	Implementazione su ABACO dei flussi "in uscita" dell'attività con flusso "C" e "SDO"	Presenza su "ABACO" dei flussi in "uscita" aggiornato almeno ogni 30 giorni	SI	10		Area Organizzativa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	7	MON-4	MONITORAGGIO	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio dell'andamento della produzione "near real time" in collaborazione con S.S. Pianificazione Strategica e Governance	Presenza su ABACO del sistema di monitoraggio "near real time"	SI	15		Area Organizzativa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	8	MON-5	MONITORAGGIO	Misurazione dell'efficienza del processo produttivo attraverso l'analisi comparata dei costi e dei ricavi riconducibili ad una specifica unità produttiva, data dal rapporto tra output (produzione attribuita) e input (fattori produttivi impiegati)	1) report trimestrali su andamento produttività 100% delle strutture 2) report finale al 31.12.2026 (riferito ai dati 01/01/26 - 30/09/26)	SI	25	valenza documentale	Area Gestione Spesa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	9	MON-6	MONITORAGGIO	Pubblicazione report economico dei volumi di attività (produzione monitorata) per struttura sulla Intranet Aziendale e via email	Evidenza pubblicazione e invio entro il bimestre successivo al trimestre di riferimento	SI	20	valenza documentale	Area Gestione Spesa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	10	MON-7	MONITORAGGIO	Redazione scheda di budget per ogni struttura	Presenza di una scheda di budget mensile per Direzione Strategica e singole Strutture Dipartimentali	SI	15		Area Organizzativa
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	11	APP-19	APPROPRIATEZZA	Monitoraggio annuale di almeno 2 PDTA aziendali secondo gli indicatori previsti	evidenza documentale	SI	25		Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	12	APP-65	APPROPRIATEZZA	Coordinamento gruppo di lavoro per la realizzazione del PanFlu Aziendale	Evidenza documentale presenza PANFLU con implementazione e attivazione di tutte le aree previste entro il 31 marzo 2026	SI	40		Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	13	MON-1	MONITORAGGIO	Contribuire all'incremento > 10% rispetto all'anno 2025 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo).	Monitoraggio mensile, audit strutture coinvolte e report finale in collaborazione con CdG	SI	10	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	14	BOARD-2	TEMPO DI BOARDING	Contribuire al miglioramento nella gestione e misurazione del boarding, con tempo medio di permanenza (boarding) in PS ≤ 6 h (nel rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica)	Rilevazione su boarding e audit clinico assistenziale e organizzativo almeno mensile tra le unità operative coinvolte ai fini della riduzione del boarding, in collaborazione con MECAU, in relazione al piano di gestione del sovraffollamento	SI	25	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	15	SIC_SO-2	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Monitoraggio procedura per la Gestione delle Aggressioni in Ospedale e monitoraggio applicazione	almeno 3 report annuali	SI	30		Area Organizzativa
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	16	SIC_SO-5	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Aggiornamento DVR strutturale con pubblicazione entro il 31 dicembre 2026	pubblicazione sulla cartella DVR entro il 31/12/2026	SI	60		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	17	TRASP-1	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica.	Evidenza documentale	10		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	18	EF_ORG-9	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio automatico degli obiettivi di Performance delle Strutture (entro 30/04/2025)	evidenza documentale	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	19	EF_ORG-15	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Piano obiettivi 2026	Definizione e presentazione alla Direzione Generale entro il 15/11/2026 della proposta iniziale per gli obiettivi 2027	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	20	EF_ORG-17	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Proposta alla Direzione Strategica di un piano di sviluppo delle linee produttive aziendali (entro 30/04/2026)	evidenza documentale	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	21	MON-3	MONITORAGGIO	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio dell'andamento della produzione "near real time" in collaborazione con S.S. Controllo di Gestione	Presenza su ABACO del sistema di monitoraggio "near real time"	SI	25		Area Organizzativa
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	22	COM-1	AREA COMUNICAZIONE	Gestione aggiornamenti, sul sito aziendale e sul sito intranet, delle aree dedicate alla comunicazione	Publicazioni effettuate nei tempi richiesti- concordati con la Direzione/publicazioni richieste con evidenza tempistica pubblicazioni e correzione/eliminazione dei dati/informazioni pubblicate non aggiornati	100%	25	evidenza con Report trimestrale	Area Comunicazione
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	23	COM-2	AREA COMUNICAZIONE	Migliorare l'efficacia dei rapporti con le Associazioni di volontariato, per l'aspetto comunicativo.	Partecipazione alle riunioni annue programmate della Conferenza Aziendale di Partecipazione e relativa verbalizzazione.	SI	25		Area Comunicazione
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	24	COM-3	AREA COMUNICAZIONE	Migliorare l'efficienza dell'informazione verso l'esterno.	Evidenza pubblicazioni Comunicati Stampa e Notizie sui siti e social media.	SI	25	valenza documentale	Area Comunicazione
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	25	COM-5	AREA COMUNICAZIONE	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO NELL'AREA DELLA COMUNICAZIONE: Proposta per Procedura di Coordinamento contenuti multimediali da diffondere attraverso i canali comunicativi aziendali - siti e pagine social	Presentazione della proposta	prestanzone entro il 31/03/2026	25		Area Comunicazione
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	26	EF_ORG-4	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Ricognizione degli spazi interni utili all'esercizio della Libera Professione con il supporto della SS SAAS	Mappa aggiornata degli spazi interni e report di utilizzo Annuale	si	20		Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	27	GP-1	GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO	Elaborazione del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero entro il 30/06/2026	evidenza documentale	si	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	28	EF_ORG-12	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio e Revisione delle Agende delle Prestazioni Ambulatoriali in funzione del miglioramento della saturazione degli slot	n° di Agende con saturazione posti ≥ 85% / n° totale Agende	≥ 85 %	15	nel conteggio si considerano sia le Agende pubbliche sia le Agende esclusive	Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	29	CUP-23	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	30	FSE-1	IMPLEMENTAZIONE FSE	Monitoraggio e governo del conferimento dei documenti clinico sanitari nel FSE nei target percentuali regionali.	Rispetto dei target percentuali regionali per il conferimneto in FSE della Lettera di dimissioni e dei referti ambulatoriali (non RIS e LIS)	100%	15		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	31	DIP-31	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	15	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	32	APP-6	APPROPRIATEZZA	Collaborazione al progetto aziendale cartella informatizzata Ellipse per la parte della prescrizione farmacologica e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva	creazione "pacchetti di terapia"	SI	15		Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	33	EF_COST-1	EFFICIENTAMENTO COSTI	Allineamento del numero delle confezioni dispensate rilevabili dai Registri di monitoraggio AIFA rispetto a quelle rilevabili dai flussi regionali per l'anno 2025 dei: 1) farmaci utilizzati per le indicazioni innovative a Registro di monitoraggio AIFA 2) farmaci a Registro di monitoraggio AIFA con MEA attivo e con tutte le indicazioni rimborsate sottoposte a registro 3) farmaci per indicazioni innovative condizionate a Registro di monitoraggio AIFA e antibiotici di cui alla Legge di Bilancio 2025	1) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) 2) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO) 3) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	1)100% 2) 100% 3) 100%	1) 5 2) 5 3) 4		Area Organizzativa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	34	EF_COST-2	EFFICIENTAMENTO COSTI	Collaborazione alla Implementazioni di nuovi sistemi di tracciabilità dei dispositivi medici/protesi	evidenza documentale	SI	15	Relazione del responsabile S.S. ICT	Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	35	EF_COST-50	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio contenimento spesa dispositivi medici/protesi	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa dispositivi medici/protesi	≥ 4	20		Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	36	EF_COST-51	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio contenimento spesa farmaci	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altopendenti	≥ 5	20		Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	37	EF_COST-52	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	40	Si applica solo al Personale Comparto non Sanitario	Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	38	EF_ORG-14	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio transizione al nuovo AMCO	evidenza documentale	SI	16	Relazione del responsabile S.S. ICT	Area Organizzativa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	39	EF_ORG-19	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione. Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	SI	60	Si applica solo al Personale Comparto non Sanitario	Area Gestione Spesa
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA	40	APP-2	APPROPRIATEZZA	Adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert	report annuale	1	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA	41	APP-3	APPROPRIATEZZA	Adesione al sistema di sorveglianza speciale enterobatteri resistenti ai carbapenemici	n° report quadrimestrale su infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemici	3	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA	42	APP-20	APPROPRIATEZZA	Partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	N° interventi di chirurgia protesi anca e vescica verificati / tot N° interventi di chirurgia protesi anca e vescica	≥ 50%	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA	43	ICA-1	ICA	Programmazione e coordinamento corsi ICA	verbali incontri e relazione	SI	20		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA	44	ICA-4	ICA	Programmazione e coordinamento Commissione Infezioni Correlate all'Assistenza CICA	verbalni incontri e relazione	≥ 2	20		Area Organizzativa
2	2-5	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	45	ICA-2	ICA	Monitoraggio corretta applicazione delle precauzioni aggiuntive nei pazienti colonizzati/infetti con germi MDR (Multi Drug Resistent)	N° audit effettuati nelle strutture di degenza a seguito di alert dei microrganismi multiresistenti	≥ 50	50	evidemnz a attraverso produzione di verbali	Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-5	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	46	ICA-3	ICA	Monitoraggio applicazione delle procedure aziendali sulla prevenzione del rischio infettivo	N° strutture sanitarie in cui è stato effettuato almeno 1 audit sull'applicazione delle procedure / n° totale delle strutture sanitarie	100%	50		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	47	APP-4	APPROPRIATEZZA	Appropriatezza trasfusionale: verifiche audit della procedura per il corretto utilizzo di sangue e derivati.	Raccolta delle non conformità e effettuazione audit presso i reparti coinvolti nelle non-conformità	SI	15		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	48	APP-23	APPROPRIATEZZA	Promozione e partecipazione al progetto: "Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Numero di pazienti candidabili valutati anno 2026 per avvio a percorso PBM/ numero di pazienti con interventi in elezione candidabili al percorso PBM anno 2026	≥ 2%	25		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	49	APP-64	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Organizzazione Corso Fad Annuale Sulla Sicurezza Trasfusionale	Erogazione corso entro il 31/12/2026	evidenza di erogazione	10		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	50	EF_COST-49	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	≥ del dato 2025	20		Area Gestione Spesa
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	51	EF_COST-62	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	10	Al netto dei dispositivi correlati alle procedure aferetiche di cui il Servizio è unico erogatore o effettuate in regime di urgenza/ciclo L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	52	PROD-34	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	53	COM-4	AREA COMUNICAZIONE	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO NELL'AREA DELLA COMUNICAZIONE: Migliorare il percorso dei pazienti che accedono in Ospedale attraverso l'aggiornamento della cartellonista che identifica i Locali e/o le Strutture.	Numero di cartelli aggiornati/ Numero di cartelli aggiornati previsti dal cronoprogramma condiviso con la Direzione.	100%	25		Area Comunicazione
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	54	EF_ORG-7	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista.	n° casi gestiti entro i tempi previsti / totale casi gestiti	100%	50		Area Comunicazione

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	55	TRASP-2	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione.	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno 1 audit di verifica	SI	25		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	56	DIP-1	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	15		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	56-a	DIP-1	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Sviluppo di almeno 1 protocollo clinico standardizzato all'interno del Dipartimento	n° protocolli	1	15		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	57	DIP-32	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	tenendo conto del relativo peso	Area Organizzativa
4	4-2	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	58	DIP-2	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	15		Area Organizzativa
4	4-2	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	58-a	DIP-2	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Sviluppo di almeno 1 protocollo clinico standardizzato all'interno del Dipartimento	n° protocolli	1	15		Area Organizzativa
4	4-2	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	59	DIP-33	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	tenendo conto del relativo peso	Area Organizzativa
4	4-3	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	60	DIP-3	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	15		Area Organizzativa
4	4-3	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	60-a	DIP-3	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Sviluppo di almeno 1 protocollo clinico standardizzato all'interno del Dipartimento	n° protocolli	1	15		Area Organizzativa
4	4-3	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	61	DIP-34	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	tenendo conto del relativo peso	Area Organizzativa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	62	APP-7	APPROPRIATEZZA	Controllo tempi di riammissione pazienti Terapia Intensiva	Tasso di pazienti dimessi dal reparto e nuovamente riammessi entro 72h in Terapia Intensiva San Luigi / totale pazienti dimessi dal reparto	≤1,5%	10	non si considerano le riammissioni per nuova patologia non correlata eziologicamente al precedente periodo di degenza in Anestesia	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	63	APP-24	APPROPRIATEZZA	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	15		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	64	APP-27	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA : Monitoraggio del consumo di Sugammadex (la variazione del consumo deve tenere conto dell'eventuale incremento o riduzione del numero totale di interventi chirurgici del 2026 rispetto al 2025)	consumo Sugammadex 2026 / consumo Sugammadex 2025	<90%	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	65	EF_COST-3	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025	A) spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025	A) ≤ 96% B) ≤ 90%	A) 10 B) 15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	66	EF_COST-15	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	Nella produzione viene considerata la quota parte del ribaltamento della SDO in caso di dimissione da altro reparto. Sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	67	EF_ORG-13	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio procedura di attivazione infermiere MET	almeno 3 report annuali	SI	10		Area Organizzativa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	68	DIP-20	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	69	APP-28	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione relativa alla Prima Visita Chirurgica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Chirurgica rispetto stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	70	CM-1	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	71	EF_COST-16	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	72	EF_COST-53	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	73	CUP-1	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	14	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	74	DIP-21	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	75	OB-REG 1	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare		Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	76	PROD-2	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	77	CH-1	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	16	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	78	APP-29	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione di molecole antibiotiche in rapporto alle linee guida del gruppo di lavoro PIDUN versione 1 04 del 4 nov 2021.	Report con analisi appropriatezza prescrittiva molecole antibiotiche con identificazione scostamenti, interventi correttivi e analisi post-intervento	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	79	CM-2	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	80	EF_COST-17	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	81	EF_COST-54	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	82	DIP-22	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	83	OB-REG 2	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	84	PROD-3	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	85	CH-2	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025))	> 1	20	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	86	APP-30	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione relativa alle prestazioni odontostomatologiche	Report con analisi appropriatezza prescrittiva relativa alle prestazioni odontostomatologiche stratificate per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	87	CM-3	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	15		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	88	EF_COST-18	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	89	CUP-2	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	16	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	90	DIP-23	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	91	OB-REG 3	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	92	PROD-4	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	93	CH-3	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025))	> 1	16	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	94	APP-31	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Analisi appropriatezza prescrittiva relativa alla Prima Visita Oftalmologica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Oftalmologica stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	95	CM-4	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	14		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	96	EF_COST-19	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	97	CUP-3	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	98	DIP-24	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	99	OB-REG 4	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	100	AMB-1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	20	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	101	PROD-5	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	102	APP-25	APPROPRIATEZZA	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	15		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	103	APP-32	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione relativa alla Prima Visita Ortopedica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Ortopedica rispetto stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	104	CM-5	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	105	EF_COST-20	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	18	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	106	EF_COST-55	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	13	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	107	DIP-25	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	108	AMB-2	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	8	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	109	PROD-6	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	7	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	110	CH-4	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	12	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	111	APP-33	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata erogativa in ambito di week surgery	n° pz assorbiti in reparti diversi da Week Surgery /totale n° pz ricoverati in week surgery	< al dato 2025	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	112	CM-6	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	113	EF_COST-21	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	23	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	114	CUP-4	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	115	DIP-26	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	116	OB-REG 5	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare		Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	117	AMB-3	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	14	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	118	PROD-7	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	9	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	119	CH-5	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	15	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	120	APP-34	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva nella profilassi antibiotica per procedure urologiche endoscopiche e percutanee	(Spesa totale per antibiotici utilizzati per la profilassi perioperatoria nel 2026 / Spesa totale 2025) × 100	≤ 95%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	121	CM-7	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) × 100	≥ 100%	10	il dato 2025 verrà standardizzato sul dato dell'ultimo quadrimestre 2025 come riferimento per il confronto.	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	122	EF_COST-22	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	18	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	123	EF_COST-56	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) × 100	≤ 90%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	124	CUP-5	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	125	DIP-27	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	126	AMB-4	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	127	PROD-8	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	7	il dato 2025 verrà standardizzato sul dato dell'ultimo quadrimestre 2025 come riferimento per il confronto. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	128	CH-6	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	12	il dato 2025 verrà standardizzato sul dato dell'ultimo quadrimestre 2025 come riferimento per il confronto. Criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	129	APP-35	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Analisi e valutazione sottoutilizzo spazi della Week Surgery	Report con analisi interventi previsti come Week Surgery e non erogati in Week Surgery con individuazione interventi correttivi	evidenza report entro 30/06/20226	25		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	130	EF_ORG-6	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	efficientamento Tasso di Occupazione, attraverso anche pianificazione e monitoraggio della gestione dei posti letto dipartimentali, in stretta collaborazione con il Bed Manager	Tasso di occupazione posti letto 2026	≥ 85%	50		Area Organizzativa
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	131	EF_ORG-8	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Identificazione e valutazione indicatori di Monitoraggio Utilizzo e Funzionamento della Week Surgery	report almeno 3 report annuali	evidenza documentale	25		Area Organizzativa
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	132	APP-36	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Progetto per il monitoraggio del consumo dell'anestetico gassoso desflurane e definizione di una politica di utilizzo consapevole	Report con analisi e monitoraggio del consumo dell'anestetico gassoso con identificazione e proposta interventi correttivi	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	133	EF_ORG-2	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	attuazione percorsi interni	attuazione dei percorsi Lean applicati al Percorso Chirurgico	evidenza documentale	35	relazione validata da DMPO	Area Organizzativa
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	134	EF_ORG-10	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Lean blocchi operatori	Identificazione, monitoraggio e discussione con gli operatori del Blocco Operatorio di almeno 1 nuovo indicatore evidenziato nel percorso Lean	evidenza documentale	40		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	135	DIP-28	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	20	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	136	APP-37	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Creazione di procedura per l'appropriata indicazione al posizionamento di accesso venoso preventivo nella procedura ambulatoriale denominata peridurale antalgica	N° volte di utilizzo di accesso venoso preventivo nella peridurale antalgica / N° totale procedure di accesso venoso preventivo nella peridurale antalgica *	<10%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	137	EF_COST-23	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	138	EF_COST-57	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	25	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	139	EF_ORG-16	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisposizione e rispetto turnistica anestesilogica presso CLOSER	report	Evidenza documentale turnistica	20		Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	140	CUP-6	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	142	PROD-9	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	143	APP-26	APPROPRIATEZZA	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	25		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	144	EF_COST-58	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	145	EF_ORG-5	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2025	Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici	evidenza documentale	20	relazione validata da DMPO	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	146	DIP-30	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	25	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	147	CH-7	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	15	VIENE CONSIDERATO IL VALORE DIPARTIMENTALE TOTALE . Criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	148	APP-50	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione appropriatezza prescrittiva esami endoscopici	Report con analisi appropriatezza prescrittiva di EGDscopia e Colonscopia con individuazione criticità e proposta di interventi correttivi	Presenza del report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	149	EF_COST-35	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	150	CUP-14	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	10	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	151	DIP-10	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	152	OB-REG 9	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	153	AMB-8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	20	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	154	PROD-20	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	155	SCR-2	SCREENING	Screening Colo-rettale età 50-74 anni: esecuzione di tutti gli esami ricevuti all'interno del progetto Serena	esami eseguiti/ esami ricevuti	100%	10		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	156	APP-13	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	157	APP-51	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA Appropriata prescrizione antibiotico terapia nei pazienti cronici	Report con individuazione appropriata prescrizione antibiotico terapia nei pazienti con Drepanocitosi e individuazione elementi di criticità e interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	158	EF_COST-10	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	20	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	159	EF_COST-36	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	160	CUP-15	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	161	PROD-21	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	162	APP-14	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	30		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	163	APP-17	APPROPRIATEZZA	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	N° viste telemedicina 2026	≥ 150	14	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	164	APP-52	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Ottimizzazione dei tempi di infusione di Ertapenem nel trattamento delle pielonefriti acute da germi "difficili" in Day Hospital per migliorare l'efficacia del trattamento e ridurre il rischio di eventuale antibioticoresistenza	n° casi con tempi di infusione Ertapenem non inferiori a 60 minuti / n° casi di infusione Ertapenem (periodo 2° semestre)	≥ 85%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	165	EF_COST-37	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	166	CUP-16	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	167	DIP-11	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	168	PROD-22	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	169	APP-15	APPROPRIATEZZA	Mantenimento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	>= del dato 2025	35		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	170	APP-53	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Rafforzamento percorso GIC per i pazienti oncologici	N ° visite GIC 2026 / N° visite GIC 2025 * 100	> 100%	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	171	EF_COST-11	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	14	- L'OBIETTIVO E' COMUNE CON LA S.C.D.U. ONCOLOGIA MEDICA E IL RAGGIUNGIMENTO VIENE VALUTATO NEL COMPLESSO DELLE DUE STRUTTURE (COMPRESI I COSTI ADDEBITATI AL DH ONCOLOGICO CENTRALIZZATO) - L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	172	EF_COST-38	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	173	CUP-17	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	10	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	174	AMB-9	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	8	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	175	PROD-23	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	176	APP-18	APPROPRIATEZZA	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	N° viste telemedicina 2026	≥ 50	30	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	177	APP-22	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2026 / N° pazienti arruolati 2025 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	20		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	178	APP-54	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Attivazione di un ambulatorio congiunto medico-infermieristica settimanale "reuma-nursing" per la valutazione multidimensionale del paziente con artrite reumatoide.	n° visite congiunte al mese	> 5	15		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	179	EF_COST-39	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	180	PROD-24	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	181	APP-39	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione appropriatezza prescrittiva prestazioni di Medicina Nucleare secondo linee guida nazionali e PSDTA	numero di richieste appropriate / numero totale di richieste ricevute	≥ 90%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	182	EF_COST-24	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	50	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	183	CUP-7	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	25	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	184	PROD-10	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	185	APP-40	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione del reparto relativa all'esame Rx Torace nei pazienti con Polmonite e/o Insufficienza Respiratoria	(n° Rx Torace richiesti per pz con Polmonite e/o Insufficienza Respiratoria riportata in SDO anno 2026 / n° Rx Torace richiesti per pz con Polmonite e/o Insufficienza Respiratoria riportata in SDO anno 2025) *100	≤ 70%	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	186	EF_COST-5	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	187	EF_COST-25	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	30	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	188	CUP-8	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	189	OB-REG 6	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	190	PROD-11	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	13	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	191	BOARD-3	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	192	APP-9	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente infermieristica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	193	APP-41	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione del dosaggio della Procalcitonina nei pazienti ricoverati presso il reparto di Medicina d'Urgenza/Subintensiva	1) Numero medio di dosaggi di PCT per paziente ricoverato 2) Percentuale di PCT ripetute entro 24 ore	1) -5% rispetto dato 2025 2) -5% rispetto dato 2025	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	194	EF_COST-4	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) e Dispositivi Medici rispetto al 2025	A) spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025	A) ≤ 96% B) ≤ 90%	A) 5 B) 5	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	195	EF_COST-26	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	12	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	196	EF_ORG-11	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio del piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.	report trimestrale	4	20		Area Organizzativa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	197	PROD-1	PRODUZIONE	Incremento del valore dell'indice di Rotazione	Indice rotazione 2026	> del dato 2025	13		Area Organizzativa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	198	BOARD-1	TEMPO DI BOARDING	Contenimento proporzione ricoveri da P.S.	ricoveri ospedalieri da PS 2026/totale accessi PS 2026	≤ al dato 2025	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	199	APP-42	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Revisione dei modelli di refertazione standardizzata di neoplasie solide sottoposte a chirurgia sulla base della integrazione di proposte formulate da enti regionali/nazionali (es Rete Oncologica Regionale / AIOM / ESMO) e modelli proposti dall'International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR) 2a edizione 2025 (https://www.iccr-cancer.org/datasets/published-datasets/); tipologie di neoplasie oggetto di monitoraggio: neoplasie operate della mammella, del polmone, del colon-retto, dello stomaco, della prostata, della vescica, del rene, della tiroide, del surrene.	referti formulati secondo modelli di standardizzazione / totale referti formulati	75% dei referti al 30 giugno 2026 95% entro il 30 novembre 2026	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	200	EF_COST-27	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	35	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore e al netto delle Convenzioni	Area Gestione Spesa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	201	EF_COST-59	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	20	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	202	PROD-12	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	15	al netto delle variazioni di codifica del nuovo Nomenclatore e al netto delle Convenzioni (produzione = Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	203	SCR-1	SCREENING	Screening Colo-rettale età 50-74 anni: esecuzione di tutti gli esami ricevuti all'interno del progetto Serena	eseami eseguiti/ esami ricevuti	100%	25		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	204	APP-43	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Impiego della profilassi antitrombotica con EBPM nei pazienti ricoverati presso la SCDU Medicina Interna secondo il Padua Prediction Score.	n° dei pazienti reclutabili trattati con adesione al Padua Prediction Score / n° pazienti reclutabili trattati	>80%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	205	EF_COST-6	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	206	EF_COST-28	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	18	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	207	CUP-9	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	10	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	208	DIP-4	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	209	OB-REG 7	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° struttura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	210	AMB-5	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	10	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	211	PROD-13	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	7	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	212	BOARD-4	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	213	APP-44	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione tempestività erogazione visite CAS	richieste di visite CAS erogate entro 5 giorni da richiesta / totale richieste di visite CAS ricevute	≥90%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	214	EF_COST-7	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	215	EF_COST-29	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	216	CUP-10	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	217	DIP-5	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	218	OB-REG 8	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	219	PROD-14	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	220	BOARD-5	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	18	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	221	APP-45	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Rafforzamento percorso GIC per i pazienti oncologici	N ° visite GIC genito-urinario e gastroenterico 2026 / N° visite GIC genito-urinario e gastroenterico 2025 * 100	> 100%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	222	EF_COST-8	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	15	L'OBIETTIVO E' COMUNE CON LA S.S.D. ONCOLOGIA POLMONARE E IL RAGGIUNGIMENTO VIENE VALUTATO NEL COMPLESSO DELLE DUE STRUTTURE (COMPRESI I COSTI ADDEBITATI AL DH ONCOLOGICO CENTRALIZZATO) Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	223	EF_COST-30	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	224	DIP-6	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	225	AMB-6	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025) *	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	226	PROD-15	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	227	BOARD-6	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	20	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	228	APP-5	APPROPRIATEZZA	Audit di appropriatezza prescrittiva da parte dei reparti aziendali esami degli accertamenti radiodiagnostici	Organizzazione di almeno 4 audit/focus group con reparti aziendali dedicati al miglioramento dell'appropriatezza delle richieste.	4	15		e al netto delle Convenzioni
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	229	APP-46	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva diagnostica radiologica	Report con individuazione di un esame radiologico/procedura con frequente prescrizione inappropriata per ogni Diagnostica (RT-radiologia tradizionale, US-ecografia, TC, RM e DEA) e messa in atto di adeguati correttivi	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	230	EF_COST-9	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	231	EF_COST-31	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati al netto delle variazioni del Nomenclatore Tariffario	Area Gestione Spesa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	232	CUP-11	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	233	DIP-7	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	234	AMB-7	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	235	PROD-16	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	236	APP-11	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	20		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	237	APP-16	APPROPRIATEZZA	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	(N° viste telemedicina 2026 / N° viste telemedicina 2025) x 100	>100%	14	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	238	APP-47	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: incremento dello screening del piede diabetico, nella popolazione di pazienti che affersce alla S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia (cod 98.39.3 , 89.58.9 , 89.65.4)	numero di prestazioni eseguite nel 2026 / numero di prestazioni eseguite nel 2025x100	>100%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	239	EF_COST-32	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	240	CUP-12	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	22	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	241	DIP-8	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	242	PROD-17	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	243	APP-48	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Aderenza alle Linee Guida della erogazione di esami radiologici di stadiazione o ristadiatione	n° esami radiologici di stadiazione o ristadiatione aderenti alle Linee Guida / n° totale esami radiologici di stadiazione o ristadiatione richiesti (valutati in un trimestre) *100	>95%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	244	EF_COST-33	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	50	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	245	CUP-13	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	riferito alle prestazioni di/visita radioterapica il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	246	PROD-18	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	25	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	247	APP-12	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	40		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	248	APP-49	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Adozione dello Screening della Malnutrizione per tutti i Pazienti ricoverati in uno/due Reparto/i di Degenza "pilota"	Formazione Personale del/dei Reparto/i "pilota" da parte della SSD Dietetica e report riportante il numero di screening compilati correlati al numero di consulenze eseguite prevista	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	249	EF_COST-34	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	30	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore	Area Gestione Spesa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	250	DIP-9	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	251	PROD-19	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	15	al netto delle variazioni di codifica del nuovo Nomenclatore e al netto delle Convenzioni (produzione = Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	252	APP-55	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata follow up paziente dimesso con Scoperto cardiaco	n° pz dimessi con DRG 127 con visita cardiologica a 6 settimane anno 2026 / n° totale pazienti dimessi con DRG 127 anno 2026	≥ 70%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	253	EF_COST-40	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	22	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	254	EF_COST-60	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	255	CUP-18	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	256	DIP-12	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	257	AMB-10	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	10	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	258	PROD-25	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	259	BOARD-7	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	260	APP-56	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Costruzione di profili di analisi per la richiesta degli esami "ex novo" secondo linee guida, al fine di ottenere una maggior appropriatezza prescrittiva	Procedura di definizione profili di analisi per la richiesta degli esami "ex novo" secondo linee guida o secondo la validazione di esperti presenti in azienda entro il 30 giugno 2026	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	261	EF_COST-41	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	28	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore	Area Gestione Spesa
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	262	EF_COST-61	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	10	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	263	EF_ORG-3	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	attuazione riorganizzazione della gestione settore microbiologia	evidenza documentale	SI	30		Area Organizzativa
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	264	EF_ORG-18	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Riprogettazione e monitoraggio dei flussi routine-urgenza-emergenza finalizzata alla ottimizzazione dei processi critici evidenziati dallo studio preliminare per l'organizzazione della gestione CORELAB settore chimica clinica secondo metodologia LEAN	report finale dicembre 2026	SI	15		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	265	PROD-26	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	12	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	266	APP-10	APPROPRIATEZZA	Definizione di procedura interna per la presa in carico del paziente ricoverato presso altre strutture dell'ospedale	evidenza documentale entro 30 settembre 2026	SI	20		Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	267	APP-57	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Miglioramento appropriatezza prescrittiva da parte dei reparti di presa in carico dei pazienti ricoverati	Realizzazione per almeno 6 reparti di ricovero di incontri audit informativi e formativi in merito agli obiettivi di presa in carico riabilitativa in corso di ricovero ospedaliero, condivisi con coordinatore delle professioni sanitarie riabilitative.	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	268	EF_COST-42	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	269	CUP-19	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C) da riferirsi a 1 'visita fisiatrica e vista di controllo	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	270	DIP-13	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026 * richiesta di consulenza da parte dei reparti è esclusivamente la "presa in carico riabilitativa"	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	271	AMB-11	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	272	PROD-27	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	273	APP-58	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Definizione di un percorso di appropriatezza del ricorso a terapia con Immunoglobuline vs Plasmaferesi nelle patologie neurologiche	Definizione procedura appropriatezza del ricorso a terapia con Immunoglobuline vs Plasmaferesi nelle patologie neurologiche	presenza procedura	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	274	EF_COST-12	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	18	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	275	EF_COST-43	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	276	DIP-14	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	277	OB-REG 10	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	278	AMB-12	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	279	PROD-28	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	280	BOARD-8	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	14	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	281	APP-59	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza temptica follow up pazientidimessi condiagnosi di Bronchite cronica riacutizzata (PNE)	N° pazienti dimessi con diagnosi 491.2 con esecuzione di visita diconrollo entro 6 settimane / N° totale pazienti dimessi con diagnosi 491.2	≥80%	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	282	EF_COST-13	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	16	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	283	EF_COST-44	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	284	DIP-15	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	285	OB-REG 11	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	286	AMB-13	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	287	PROD-29	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	288	BOARD-9	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	289	APP-60	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione aderenza alle indicazioni AIFA per la congruità prescrittiva dei farmaci antipsicotici Long Acting	Report con analisi degli scostamenti dalle indicazioni AIFA nella prescrizione dei farmaci antipsicotici Long Acting e identificazione interventi correttivi	report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	290	EF_COST-45	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	291	CUP-20	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	25	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	292	DIP-16	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	293	PROD-30	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	294	BOARD-10	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	16	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	295	TRASP-3	TRASPARENZA	1) Analisi iniziale e mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nei SPDC 2) Implementazione di protocolli operativi standard per la gestione dei pazienti in stato di agitazione in accordo con le direttive regionali	1) Report di mappatura as is 2) Monitoraggio Protocolli approvati e adottati	1) presenza report 2) presenza di almeno 2 report	1) 8 2) 7		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	296	APP-61	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione relativa alla Prima Visita Neurologica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Neurologica rispetto stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	297	EF_COST-14	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	298	EF_COST-46	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	299	DIP-17	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	300	OB-REG 12	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	301	AMB-14	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	302	PROD-31	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	9	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	303	BOARD-11	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	304	APP-62	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione dell'appropriatezza dell'uso della NORA (Non Operating Room Anesthesia) in Pneumologia Interventistica	1. Numero di sedute di NORA disponibili occupate sul totale 2. Numero di sedute di NORA utilizzate occupate con procedure complesse (ebus, tbn, tlb, broncoscopie operative)	> 80%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	305	EF_COST-47	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	306	CUP-21	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	307	DIP-18	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	308	OB-REG 13	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	309	AMB-15	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	20	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	310	PROD-32	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	311	APP-63	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Analisi appropriatezza prescrittiva relativa alla Prima Visita Pneumologica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Pneumologica stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	312	EF_COST-48	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	313	CUP-22	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	314	DIP-19	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	315	OB-REG 14	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	316	AMB-16	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	20	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	317	PROD-33	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
10	10-1	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	318	APP-21	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	n° incontri l'anno	almeno 3	50	collaborazione al raggiungimento dell'obiettivo assegnato alla SCDO Neurologia – CRESM	Area qualità clinica ed assistenziale
10	10-1	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	319	PROD-35	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	50	collaborazione al raggiungimento dell'obiettivo assegnato alla SCDO Neurologia – CRESM	Area qualità clinica ed assistenziale
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	320	CIRC_1	CIRCULARIZZAZIONE E RECUPERO CREDITI	Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie con attivazione procedure di recupero coattivo	Attivazione procedure di recupero coattivo: pratiche trasmesse da SS AAAS	100%	30		Area Gestione Spesa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	321	MON-8	MONITORAGGIO	Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri	A) rendicontazione trimestrale B) differenza tra spesa 2026 e valore accontonato nel fondo rischio C) inserimento sinistri in SIMES entro 30 gg dalla richiesta di risarcimento con completa compilazione di campi e aggiornamento semestrale "importo riservato"	SI	30	ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	322	TRASP-4	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10	ripartizione peso: A) 10 B) 10 C) 10	Area Organizzativa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	323	SIC_SO-6	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Attività del Comitato di gestione sinistri realizzata in conformità alle indicazioni regionali	Report annuale	SI	30		Area Organizzativa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	324	MON-9	MONITORAGGIO	Monitoraggio dell'appropriatezza della procedura di rettifica dei contributi c/esercizio per investimenti	N° prospetti trimestrali di ricognizione degli investimenti finanziati da rettifiche di contributi in c/esercizio e eventuali atti autorizzativi necessari	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	325	EF_COST-63	EFFICIENTAMENTO COSTI	Procedure strutturate per il monitoraggio e il recupero delle somme dovute	N° prospetti trimestrali sull'andamento delle attività di recupero, con evidenza separata sul recupero delle quote svalutate	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	326	EF_ORG-20	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione e non oltre 60 giorni dalla fattura)	Indice di tempestività di pagamento	<0	30	Verrà tenuto conto delle eventuali criticità legate all'implementazione del nuovo applicativo AMCO	Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	327	TRASP-5	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	328	EF_COST-64	EFFICIENTAMENTO COSTI	Azioni giuridiche finalizzate a interrompere tempestivamente i termini di prescrizione delle partite creditorie	N° report con scadenziario aggiornato semestralmente delle partite di credito aperte	2	10		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	329	EF_COST-65	EFFICIENTAMENTO COSTI	Analisi del fondo svalutazione crediti con adeguata valutazione del rischio	Produzione prosetto di riepilogo annuale con le movimentazioni contabili del Fondo Svalutazione Crediti	1	15		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	330	MON-10	MONITORAGGIO	Predisposizione di report trimestrali e annuali che dettano lo stato dei trasferimenti finanziari e dei crediti residui	Redazione trimestrale di report di monitoraggio trimestrali e annuali	4	15		Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	331	EF_COST-66	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	20		Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	332	EF_COST-67	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	25		Area Gestione Spesa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	333	EF_COST-68	EFFICIENTAMENTO COSTI	rinegoziazioni contrattuali e/o gli aggiornamenti adottati ove emerga una differenza significativa dei prezzi unitari rispetto ai prezzi di riferimento ANAC	N° Report di annuale sintesi	1	10		Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	334	EF_ORG-21	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	25	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	335	TRASP-6	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	336	EF_COST-69	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio dei contratti per supportare i processi decisionali, stimare i fabbisogni, verificare le modalità di acquisto, e monitorare le scadenze e proroghe contrattuali.	N° Report di sintesi trimestrale	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	337	EF_COST-70	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi compatibili con le necessità dell'Organizzazione	4	30		Area Gestione Spesa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	338	EF_ORG-22	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione processo di digitalizzazione Fascicolo Personale Dipendente	Progettazione processo di digitalizzazione Fascicolo Personale Dipendente in funzione del passaggio al nuovo applicativo previsto per il 2027	evidenza documentale	15		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	339	EF_ORG-23	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN	coerenza tra dati OSSERVATORIO e dati OPESSAN	1	15		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	340	TRASP-7	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	341	EF_COST-71	EFFICIENTAMENTO COSTI	monitoraggio continuo del Piano triennale dei fabbisogni del personale	n° Report trimestrale sull'andamento delle teste e spese del personale aziendale rispetto alle previsioni	4	15		Area Gestione Spesa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	342	EF_ORG-24	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio percorso di umanizzazione.	Report annuale delle iniziative condotte per governance aziendale sul personale soggetto a inidoneità e limitazioni lavorative	1	5		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	343	EF_ORG-25	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisporre bandi di concorso, avvisi pubblici e avvisi di mobilità, assicurando la pubblicazione nei canali ufficiali e il rispetto delle direttive regionali	N° Report bimestrale per la Direzione Strategica sullo stato di avanzamento delle procedure concorsuali	6	10		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	344	EF_ORG-26	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	20	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	345	FORM-1	FORMAZIONE	Attivazione Piano formativo 2026	A) n° corsi attivati /n° totale corsi previsti (inclusi i corsi extra-piano) B) realizzazione Corso di Formazione aziendale PNRR "Rafforzamento delle competenze digitali" (secondo indicazioni regionali)	A) ≥ 75% B) SI	40	ripartizione peso: A) 20 B) 20	Area Organizzativa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	346	FORM-2	FORMAZIONE	Monitoraggio formazione ICA	Numero formati sul totale delle persone da formare (moduli A+B+C+D)	100% del Target atteso al 30/06/2026	30		Area Organizzativa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	347	TRASP-8	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	348	EF_ORG-27	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	40	Si applica a Amministrativi Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	349	FORM-3	FORMAZIONE	Elaborazione dei piani standard dell'attività tutoriale, al fine di agevolare l'inserimento dei nuovi tutor professionali	costruzione dei piani standard relativi ad almeno 10 attività tutoriali consuete, a campione su un anno di corso.	≥ 10	20	Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	350	FORM-4	FORMAZIONE	Elaborazione in integrazione con DIPSA di progetti organizzativi/informativi.	N° progetti elaborati	3	40	Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	351	FORM-5	FORMAZIONE	Incremento numero tirocinanti presso le degenze e i servizi dell'AOU S. Luigi	(N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2026 - N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2025) / N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2025	≥ 10%	40	Relativo alle specialità presenti in Azienda Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	352	SORV-1	SORVEGLIANZA SANITARIA	Programmazione e monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei tirocinanti CLI e TRP – I anno di corso .Completamento percorso della sorveglianza sanitaria per l'acquisizione dell'idoneità fisica degli studenti CLI e TRP - I anno di corso, prima dell'immissione in tirocinio.	N° studenti CLI e TRP - I anno di corso accertati prima dell'inizio del tirocinio / totale studenti CLI e TRP - I anno di corso	1	40	Si applica a : Amministrativi	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	353	TRASP-9	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	20	Si applica a : Amministrativi	Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	354	EF_COST-72	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	20		Area Gestione Spesa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	355	EF_COST-73	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	20		Area Gestione Spesa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	356	ED-1	INTERVENTI EDILIZIA	Realizzazione interventi di edilizia sanitaria : A: CUP 22000230001 B: CUP 22000260001 C: CUP 22000280001 D: CUP 22000240001 E: CUP 22000250001 F: CUP 22000270001	A-B-C-: affidamento servizi entro 31/12/2026 D-E-F-: approvazione FTE ed esecutivo entro 31/12/2026	1	25	il raggiungimento del peso sarà misurato in percentuale sul raggiungimento totale dei 6 sub-obiettivi	Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	357	EF_COST-74	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficienza energetica. A- installazione misuratori consumo energia elettrica per sale operatorie B- installazione misuratori consumo energia elettrica per radiologia	presenza misuratori	SI	10		Area Gestione Spesa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	358	ED-2	INTERVENTI EDILIZIA	Conclusione lavori ampliamento del DEA (Arcuri)	Presentazione alla Direzione Strategica di Report trimestrale sullo stato avanzamento lavori progetto stralcio a seguito della conclusione dello stato di consistenza lavori d ditta esecutrice uscente	SI	15		Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	359	TRASP-10	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	360	EF_COST-75	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	20		Area Gestione Spesa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	361	EF_ORG-28	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	10	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	362	EF_ORG-29	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione dei servizi di sanità digitale	N° Report trimestrale di avanzamento degli interventi	4	15		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	363	EF_ORG-30	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione delle Postazioni di Lavoro per la Telemedicina	N° Relazioni trimestrale sulle postazioni di lavoro che sono state rese operative per il personale sanitario	4	15		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	364	PNRR-1	PNRR	PNRR: digitalizzazione assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari DEA I e II livello.	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR e rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	SI	20		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	365	MON-11	MONITORAGGIO	Coerenza delle trasmissioni rispetto ai disciplinari dei flussi: verifica che le modalità attuali di compilazione dei campi siano coerenti rispetto al disciplinare	N° report trimestrale di sintesi	4	15		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	366	TRASP-11	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	5		Area Organizzativa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	367	EF_COST-76	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	10		Area Gestione Spesa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	368	EF_COST-77	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	20		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	369	MON-12	MONITORAGGIO	Monitoraggio contratto di gestione apparecchiature elettromedicali anche in relazione al rinnovo contrattuale SCR	report semestrali	2	20		Area Organizzativa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	370	PNRR-2	PNRR	Rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	Rendicontazione su Regis allineata allo stato di avanzamento di tutte le procedure previste nell'elenco deliberato dei progetti	SI	25		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	371	TRASP-12	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	372	EF_COST-78	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficienza operativa delle apparecchiature. Monitorare i principali indicatori in particolare sale operatorie e radiologia quali ad esempio giorni di fermo macchina, tempi di intervento/ ripristino	report trimestrale	4	7		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	373	EF_COST-79	EFFICIENTAMENTO COSTI	Formazione e utilizzo corretto delle apparecchiature in fase di collaudo. Monitorare l'avvenuta formazione al personale sanitario utilizzatore in fase di collaudo.	report annuale	1	8		Area Gestione Spesa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	374	EF_ORG-31	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione con DMPO nel monitoraggio e revisione delle Agende delle Prestazioni Ambulatoriali in funzione del miglioramento della saturazione degli slot	n° report relativi alla manutenzione delle Agende in collaborazione con DMPO	≥ 6	15		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	375	EF_ORG-32	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	10	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	376	CUP-24	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate (in collaborazione con DMPO)	n° relazioni con monitoraggio disallineamento tra Flusso CUP e Flusso C e identificazione criticità	≥ 6	10		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	377	TRASP-13	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	5		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	378	EF_ORG-33	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	supporto alla DMPO per la ricognizione degli spazi interni utili all'esercizio della Libera Professione	Mapa aggiornata degli spazi interni e report di utilizzo Annuale	SI	20		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	379	MON-13	MONITORAGGIO	Verifica del rispetto dei limiti derivanti dal piano dei volumi di attività stabiliti dall'Azienda, l'Azienda deve declinare budget individuali da attribuire ai singoli dirigenti e relativi volumi di erogazione, che devono essere inferiore al piano annuale delle prestazioni erogate in attività istituzionale, sia ambulatoriale che ricovero.	N° Report di monitoraggio trimestrale dei volumi di attività e confronto con l'attività svolta in regime istituzionale	4	20		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	380	MON-14	MONITORAGGIO	Monitoraggio delle Agende libero professionali e adozione di strumenti idonei degli orari di lavoro dedicati.	N° Report trimestrale di monitoraggio delle agende e orari di lavoro	4	20		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
9	9-1	DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	381	SIC_SO-7	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Monitoraggio formazione in materia di sicurezza degli specializzandi iscritti al 1° anno o comunque per i quali l'attestato sia scaduto	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale , con evidenza azioni intraprese in caso di mancata formazione	SI	50	valenza documentale	Area Organizzativa
9	9-1	DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	382	SORV-2	SORVEGLIANZA SANITARIA	Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti gli specializzandi afferenti all'AOU San Luigi	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale con scadenza accertamenti ed accertamenti effettuati.Evidenza delle segnalazioni effettuate in caso di mancati accertamenti	SI	50	valenza documentale	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	383	EF_ORG-34	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione e sua descrizione	presenza di relazione	SI	Anestesia rianimazione : 40 Ambulatorio Proctologia : 40 Centrale di sterilizzazione, : 40 Chirurgia Generale, : 40 Chirurgia Toracica, : 40 D.H. Urologia, : 40 Ortopedia, : 40 Prericovero, : 50 Sala Operatoria : 40 Terapia Antalgica , : 40 Urologia : 40 Week Surgery, : 50	si applica a : Tutte le strutture	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	384	EF_ORG-35	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	25	si applica a : Sala Operatoria L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto rispetto al valore target	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	385	EF_ORG-36	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	formazione personale infermieristico e di supporto attraverso l'adozione del piano di formazione con il rispetto dei tempi previsti.	n. Infermieri e OSS formati nel rispetto del piano di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri ed OSS da formare	≥90%	25	si applica a : Sala Operatoria	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	386	APP-8	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente medica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	Chirurgia Generale, : 10 Chirurgia Toracica, : 10 Ortopedia, : 10 Urologia : 10	si applica a : Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Ortopedia, Urologia	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	387	EF_ORG-37	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati	≥90%	50	si applica a : Anestesia e Rianimazione	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	388	EF_ORG-38	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N° piani standard assistenziali	2	Chirurgia Generale, : 40 Chirurgia Toracica, : 40 Ortopedia, : 40 Urologia : 40 Week Surgery, : 40	si applica a : Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Ortopedia, Urologia, Week Surgery	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	389	MON_SUP-1	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	Anestesia rianimazione : 10 Ambulatorio Proctologia : 10 Centrale di sterilizzazione, : 10 Chirurgia Generale, : 10 Chirurgia Toracica, : 10 D.H. Urologia, : 10 Ortopedia, : 10 Prericovero, : 50 Sala Operatoria : 10 Terapia Antalgica , : 10 Urologia : 10 Week Surgery, : 10	si applica a : Anestesia rianimazione, Ambulatorio Proctologia, Centrale di sterilizzazione, Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, D.H. Urologia, Ortopedia, Prericovero, Sala Operatoria, Terapia Antalgica, Urologia , Week Surgery	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	390	AMB-17	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Collaborazione al raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza / totale degli ambulatori attivati (report mensile)	<5%	Ambulatorio Proctologia : 50 D.H. Urologia, : 50 Terapia Antalgica , : 50	si applica a : Ambulatorio Proctologia, D.H. Urologia, Terapia Antalgica ,	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	391	SIC_SO-8	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Sorveglianza degli eventi avversi nei processi di lavoro con attuazione di audit in caso di evento occorso.	N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi avversi occorsi	≥90%	50	si applica a : Centrale sterilizzazione	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	392	APP-66	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente medica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	Geriatría, : 20 Med. Interna a indirizzo ematologico, : 20 Med. Urgenza, : 20 Medicina Interna, : 20 Oncologia Medica : 20 Pronto Soccorso : 30	si applica a : Geriatría, Med. Interna a indirizzo ematologico, Med. Urgenza, Medicina Interna, Oncologia Medica, Pronto Soccorso	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	393	EF_ORG-39	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Adozione dello Screening della Malnutrizione per tutti i Pazienti ricoverati in uno/due Reparto/i di Degenza "pilota"	Formazione Personale del/dei Reparto/i "pilota" da parte della SSD Dietetica e report riportante il numero di screening compilati correlati al numero di consulenze eseguite prevista	evidenza documentale	50	si applica a : Nutrizione clinica e Dietologa	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	394	EF_ORG-40	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati	≥90%	30	si applica a : DH Internistico, Microcitemie	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	395	EF_ORG-41	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N° piani standard assistenziali	2	Geriatría, : 20 Med. Interna a indirizzo ematologico, : 20 Med. Urgenza, : 20 Medicina Interna, : 20 Nefrologia, : 30 Oncologia Medica : 20	si applica a : Geriatría, Med. Interna a indirizzo ematologico, Med. Urgenza, Medicina Interna, Nefrologia, Oncologia Medica	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	396	EF_ORG-42	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Revisione dell'organizzazione dei percorsi di archiviazione blocchetti e vetrini come da LG ministeriali.	(tempo medio di recupero dei materiali anno 2026 -tempo medio di recupero dei materiali anno 2023) /tempo medio di recupero dei materiali anno 2023	<20%	30	si applica a : Anatomia Patologica	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	397	MON_SUP-2	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanoletto e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	Amb. Diabetologia, : 30 Anatomia Patologica : 30 DH Ematologia : 30 DH Internistico , : 30 DH Oncologia Medica, : 30 Endoscopia Digestiva, : 30 Farmacia, : 50 Geriatría, : 30 Med. Interna a indirizzo ematologico, : 30 Med. Urgenza, : 30 Medicina Interna, : 30 Medicina Preventiva : 50 Microcitomie : 30 Nefrologia, : 30 Oncologia Medica : 30 Pronto Soccorso : 30 Radiologia, : 30	si applica a : Amb. Diabetologia, Anatomia Patologica, DH Ematologia , DH Internistico , DH Oncologia Medica, Endoscopia Digestiva, Farmacia, Geriatría, Med. Interna a indirizzo ematologico, Med. Urgenza, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Microcitomie , Nefrologia, Oncologia Medica , Pronto Soccorso, Radiologia	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	398	EF_ORG-43	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione e sua descrizione	presenza di relazione	SI	Amb. Diabetologia, : 40 Anatomia Patologica : 40 DH Ematologia : 40 DH Internistico , : 20 DH Oncologia Medica, : 40 Endoscopia Digestiva, : 40 Farmacia, : 50 Geriatría, : 30 Med. Interna a indirizzo ematologico, : 30 Med. Urgenza, : 30 Medicina Interna, : 30 Medicina Preventiva : 50 Microcitomie : 20 Nefrologia, : 40 Nutrizione clinica e Dietologia : 25 Oncologia Medica : 30 Radiologia, : 40	si applica a : Tutte le strutture con eccezione del PS	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	399	AMB-18	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Collaborazione al raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza / totale degli ambulatori attivati (report mensile)	<5%	Amb. Diabetologia, : 30 DH Ematologia : 30 DH Internistico , : 20 DH Oncologia Medica, : 30 Endoscopia Digestiva, : 30 Microcitomie : 20 Nutrizione clinica e Dietologia : 25 Radiologia, : 30	si applica a : Amb. Diabetologia, DH Ematologia, DH Internistico , DH Oncologia Medica, Endoscopia Digestiva, Microcitomie, Nutrizione clinica e Dietologia, Radiologia	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	400	EF_ORG-44	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Attivazione di un percorso successivo al Triage iniziale (post-Triage)	n° pazienti con codice priorità Azzurro e Arancione con attivazione Post-Triage 2026/ n° totale pazienti con accesso a PS con codice priorità Azzurro e Arancione 2026	≥ 50%	40	si applica a : Pronto Soccorso	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	401	APP-67	APPROPRIATEZZA	Applicazione della procedura, in condivisione con SC Neurologia, per l'attività di aferesi nei pazienti con diagnosi neurologiche	Produzione di almeno 3 verbali di audit/anno con le strutture interessate e reportistica sugli interventi eseguiti a seguito degli Audit	SI	40	si applica a : Servizio Trasfusionale	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	402	EF_ORG-45	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione al raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza / totale degli ambulatori attivati (report mensile)	<5%	Amb e DH MFNR, : 35 Amb FPR, : 35 Amb. Cardio : 35 Amb. Neurologia, : 25 Emodinamica : 50 Lab.Analisi : 35	si applica a : Amb e DH MFNR, Amb FPR, Amb. Cardio, Amb. Neurologia, Emodinamica, Lab.Analisi	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	403	APP-38	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente medica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	Cardiologia, : 20 MFNR, : 20 Neurologia : 20 Pneumologia, : 20 Psichiatria, : 20	si applica a : Cardiologia, MFNR, Neurologia, Pneumologia, Psichiatria,	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	404	EF_ORG-46	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore	≥90%	30	si applica a : Ambulatorio Neurologia	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	405	EF_ORG-47	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N° piani standard assistenziali	2	Cardiologia, : 20 MFNR, : 20 Neurologia : 20 Pneumologia, : 20 Psichiatria, : 20	si applica a : Cardiologia, MFNR, Neurologia, Pneumologia, Psichiatria,	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	406	EF_ORG-48	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione e sua descrizione	presenza di relazione	SI	Amb e DH MFNR, : 35 Amb FPR, : 35 Amb. Cardio : 35 Amb. Neurologia, : 25 Cardiologia, : 40 Lab.Analisi : 35 MFNR, : 40 Neurologia : 40 Pneumologia, : 40 Psichiatria, : 40 Trasfusionale : 40	si applica a : Tutte le strutture con eccezione di Emodinamica	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	407	MON_SUP-3	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	Amb e DH MFNR, : 30 Amb FPR, : 30 Amb. Cardio : 30 Amb. Neurologia, : 20 Cardiologia, : 20 Emodinamica : 50 Lab.Analisi : 30 MFNR, : 20 Neurologia : 20 Pneumologia, : 20 Psichiatria, : 20 Trasfusionale : 20	si applica a : Amb e DH MFNR, Amb FPR, Amb. Cardio, Amb. Neurologia, Cardiologia, Emodinamica, Lab.Analisi , MFNR, Neurologia, Pneumologia, Psichiatria, Trasfusionale	Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	408	EF_ORG-49	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	15		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	409	MON_SUP-4	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Supervisione del monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Attestazione mensile	12	20		Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	410	EF_ORG-50	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Coordinamento dei progetti di implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	Report del processo di monitoraggio del modello assistenziale con riferimento agli indicatori del progetto	evidenza documentale	20		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	411	FORM-6	FORMAZIONE	Elaborazione in integrazione con Coordinatori/tutor di S.C. Risorse Umane-Corsi Laurea Professioni Sanitarie di progetti organizzativi/formativi.	N° progetti elaborati	3	10		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	412	GP-2	GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO	Elaborazione del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero entro il 30/06/2026	evidenza documentale	si	10		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	413	MON-15	MONITORAGGIO	Monitoraggio applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno delle Strutture di riferimento	presenza di relazione	SI	25		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-5	DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	414	MON_SUP-5	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo.	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50		Area Organizzativa
5	5-5	DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	415	SIC_SO-9	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Sorveglianza degli eventi avversi nei processi di lavoro con attuazione di audit in caso di evento occorso.	N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi avversi occorsi	≥90%	50		Area qualità clinica ed assistenziale
10	10-2	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	416	APP-68	APPROPRIATEZZA	Applicazione di trattamento psicologico a pazienti e loro caregivers in almeno 10 casi ritenuti opportuni, dalle valutazioni del precedente obiettivo.	A) Trattamenti psicologici specialistici (cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio B) trattamenti specialistici ad altri pazienti	A) ≥ 25 B) ≥ 400	50	Il peso viene così ripartito: A) 25 B) 25	Area qualità clinica ed assistenziale
10	10-2	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	417	APP-69	APPROPRIATEZZA	Valutazione psicologica di pazienti oncologici e loro caregivers, in setting ambulatoriale e ospedaliero, a cui è stata data indicazione alle cure palliative, anche precocemente in simultaneous care	Colloqui psicologici (cod. catalogo 94.09.4)	≥ 15	50		Area qualità clinica ed assistenziale



Struttura Affari Generali
Relazione di Pubblicazione

Delibera N. 619 del 19/12/2025

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2026 DELL'AOU SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO.

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

22/12/2025

Sottoscritta dal funzionario incaricato
(BERTOLO FULVIA)