



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 189 del 27/03/2026

Oggetto: MODIFICA/INTEGRAZIONE DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2026/2028 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 41 DEL 30.01.2026

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

RIFERIMENTI INFORMATICI:

- DEL_2423320.pdf.p7m

C2E5EABB95BE6DF14180E0F3CB5A81F737C054192ACCCD5453EEC3BC249F8EB4D0D04E83653B85F9448E08A0FC53492BAE7F62C249C824DE484671B7BD97FA28

- Obiettivi 2026 con integrazione obiettivi Regionali.pdf.p7m

0FD921AE10DBF658719F7D7841220C3E2319D89183C3299CD48F6A9422D741DBDF667EB76A70D57CE4C6DD0A8343BA7470558C22FEB1EFC7F396ED683353E3E5

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



OGGETTO: MODIFICA/INTEGRAZIONE DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2026/2028 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 41 DEL 30.01.2026

Struttura proponente: S.C. Risorse Umane

Il Responsabile del Procedimento
ex artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241

Dott. CANOVA CRISTIANO

Il Direttore f.f.
della struttura proponente

Dott. PERUZZO LUCA

Registrazione contabile

Anno	Gestore/Progetto/Commessa	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;
- visti gli atti relativi alla materia in trattazione:
 - la deliberazione n. 619 del 19.12.2025 di approvazione del Piano della Performance dell'AOU San Luigi di Orbassano per l'anno 2026;
 - la deliberazione n. 41 del 30.01.2026 di approvazione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2026/2028, documento unico di programmazione finalizzato a sostituire, tra l'altro, il Piano della Performance, nell'ambito del quale sono stati formalizzati gli obiettivi 2026 per tutto il personale dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano;
 - la D.G.R. n. 9-2154/2026/XII del 19.01.2026 relativa all'assegnazione ai Direttori Generali delle ASR degli obiettivi di attività per l'anno 2026;
- dato atto che occorre assegnare gli obiettivi regionali alle strutture aziendali, ad integrazione degli obiettivi aziendali già declinati nel summenzionato provvedimento;
- rilevato che le summenzionate modifiche/integrazioni saranno condivise con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- ritenuto pertanto di procedere, con riferimento alle articolazioni aziendali coinvolte, ad una modifica/integrazione degli obiettivi anno 2026 formalizzati nel predetto PIAO - sezione Piano Performance, come da prospetto allegato, che riporta gli obiettivi definitivi ed assegnati su base annua, con ritaratura dei relativi pesi;
- preso atto che la presente deliberazione viene proposta dal Direttore f.f. della SC Risorse Umane la sottoscrive;
- considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione, nonché della legittimità della stessa;
- acquisiti i pareri espressi dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

per quanto sopra considerato e ritenuto

DELIBERA

1. di procedere alla modifica/integrazione degli obiettivi formalizzati nella Sezione Performance del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2026/2028, adottato con deliberazione n. 41 del 30.01.2026;
2. di dare atto che gli obiettivi ed i relativi pesi definitivi per l'anno 2026 sono quelli inseriti nel prospetto allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che sostituisce integralmente quelli già declinati nei predetti documenti di programmazione;
3. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale per quanto di competenza;
4. 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*";
5. di pubblicare il presente provvedimento per quindici giorni consecutivi, sul sito informatico dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano;
6. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo (ex art. 28, L.R. n. 10/95), al fine di consentire sin da subito alle strutture di mettere in atto tutte le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi per l'anno in corso.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. DAVIDE MINNITI

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

Allegato n. 1) Schede Obiettivi 2026

Articolazione Organizzativa: Staff Direzione Generale

STRUTTURA: Risk Management

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
4	SIC_SO-4	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	rispetto degli obiettivi regionali in tema di Risk Management	report	SI	20		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna

Articolazione Organizzativa: Staff Direzione Generale

STRUTTURA: S.S. Controllo di Gestione

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Staff Direzione Generale

STRUTTURA: S.S. Qualità

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
11	APP-19	APPROPRIATEZZA	Monitoraggio annuale di almeno 2 PDTA aziendali secondo gli indicatori previsti	evidenza documentale	SI	25		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
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	35		Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 40)
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	nessuna
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	nessuna
430.0	APP-70	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda	presenza di relazione	SI	5		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Staff Direzione Generale

STRUTTURA: Servizio Prevenzione e Protezione

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Staff Direzione Generale

STRUTTURA: SS Pianificazione strategica e Governance

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Staff Direzione Generale

STRUTTURA: Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
22	COM-1	AREA COMUNICAZIONE	Gestione aggiornamenti, sul sito aziendale e sul sito intranet, delle aree dedicate alla comunicazione	Pubblicazioni effettuate nei tempi richiesti- concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste con evidenza tempistica pubblicazioni e correzione/eliminazione dei dati/informazioni pubblicate non aggiornati	100%	25	evidenza con Report trimestrale	Area Comunicazione	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	prestazione entro il 31/03/2026	25		Area Comunicazione	nessuna

Articolazione Organizzativa: Staff Direzione Generale

STRUTTURA: S.S. Medico Competente

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
469	SORV-6	SORVEGLIANZA SANITARIA	Organizzazione e gestione della sorveglianza sanitaria degli studenti dei Corsi di Laurea sanitari.	Emissione dei giudizi di idoneità per i tirocini pratici entro tempi utili allo svolgimento degli stessi.	100%	20		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo
470	FORM-7	FORMAZIONE	Aggiornamento/formazione aziendale in argomento d'interesse specifico.	Organizzazione di almeno 1 corso d'aggiornamento/formazione aziendale.	SI	30		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo
471	SORV-7	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Collaborazione con il CUG nell'ambito della progettualità prevista a livello aziendale	Evidenza documentale	SI	20		Area Organizzativa	nuovo obiettivo
472	SORV-8	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Proposta alla Direzione Strategica nell'ambito del Benessere Organizzativo di progetti aziendali volti a migliorare condizioni di vita nei luoghi di lavoro con particolare riferimento allo stress lavoro correlato	Evidenza documentale di almeno 2 progetti	SI	30	Peso 15 per ogni progetto	Area Organizzativa	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Sanitaria

STRUTTURA: S.C. Direzione Sanitaria di Presidio

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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 $\geq 85\%$ / n° totale Agende	$\geq 85\%$	15	nel conteggio si considerano sia le Agende pubbliche sia le Agende esclusive	Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna
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 conferimento in FSE della Lettera di dimissioni e dei referti ambulatoriali (non RIS e LIS)	100%	15		Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Sanitaria

STRUTTURA: S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
36	EF_COST-51	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio contenimento spesa farmaci	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altospendenti	≥ 5	15		Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 20)
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	nessuna
38	EF_ORG-14	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio transizione al nuovo AMCO	evidenza documentale	SI	16	Relazione del responsabile S.S. ICT	Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna
464,0	EF_COST-80	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del punto 12.1.7. del documento di programmazione delle risorse del SSR 2025-2027: Verifica a campione dei Piani Terapeutici prescritti al fine di garantire il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, assicurare l'adozione di eventuali azioni correttive e il miglioramento continuo dei processi di controllo	n° Piani Terapeutici verificati / n° Piani Terapeutici prescritti e consegnati e report azioni adottate	≥ 10%	5		Area Gestione Spesa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Sanitaria

STRUTTURA: S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
40	APP-2	APPROPRIATEZZA	Adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert	report annuale	1	20		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
43	ICA-1	ICA	Programmazione e coordinamento corsi ICA	verbali incontri e relazione	SI	20		Area Organizzativa	nessuna
44	ICA-4	ICA	Programmazione e coordinamento Commissione Infezioni Correlate all'Assistenza CICA	verbali incontri e relazione	≥ 2	20		Area Organizzativa	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Sanitaria

STRUTTURA: S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	evidemnza attraverso produzione di verbali	Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Sanitaria

STRUTTURA: S.S. Servizio Trasfusionale

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
50	EF_COST-49	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	≥ del dato 2025	15		Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 20)
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	nessuna
52	PROD-34	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	18	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	rimodulato peso (precedente era 20)
141,0	OB-REG 24	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
431,0	APP-71	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione, sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Sanitaria

STRUTTURA: U.R.P.

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Sanitaria

STRUTTURA: Fisica Sanitaria

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
465	SORV-3	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	implementazione delle dosimetrie e della radioprotezione nella terapia medico-nucleare dell'ipertiroismo (ai sensi della legge 101/2020)	n° dosimetrie/n° trattamenti medico-nucleari ipertiroismo	>90%	25		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo
466	SORV-4	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Verifica in doppio (pretrattamento e su paziente) dei trattamenti radioterapici stereotassici (ad alta dose)	n° verifiche in doppio dei trattamenti radioterapici stereotassici (ad alta dose) / n° totale dei trattamenti radioterapici stereotassici (ad alta dose)	100%	25		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo
467	SORV-5	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Valutazione della dose alla popolazione per esami radiologici statificati per TC Tesat, TC torace e TC addome (come da art 168 D.Lgs. 101/20)	n° tramissioni/n° esami totali	100%	25		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo
468	EF_ORG-51	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Aggiornamento Nulla Osta cat. B per nuove procedure di terapia metabolica in RMN	evidenza documentale	SI	25		Area Organizzativa	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.C. Gestione Economico Finanziaria

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
330	MON-10	MONITORAGGIO	Predisposizione di report trimestrali e annuali che dettagliano lo stato dei trasferimenti finanziari e dei crediti residui	Redazione trimestrale di report di monitoraggio trimestrali e annuali	4	15		Area Gestione Spesa	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.C. Provveditorato-Economato

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
333	EF_COST-68	EFFICIENTAMENTO COSTI	rinegoziazioni contrattuali e/o gli aggiornamenti adottati ove emerge una differenza significativa dei prezzi unitari rispetto ai prezzi di riferimento ANAC	N° Report di annuale sintesi	1	10		Area Gestione Spesa	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.C. Risorse Umane

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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: Formazione del 95% del personale sanitario target)	A) ≥ 75% B) SI	40	ripartizione peso: A) 20 B) 20	Area Organizzativa	aggiornamento sub-obiettivo B) in coerenza con obiettivi regionali
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
350	FORM-4	FORMAZIONE	Elaborazione in integrazione con DIPSA di progetti organizzativi/formativi.	N° progetti elaborati	3	40	Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.C. Tecnico e Teconologie

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	21		Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 20)
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	21		Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 20)
356	ED-1	INTERVENTI EDILIZIA	Realizzazione interventi di edilizia sanitaria secondo cropprogramma Regionale armonizzato con tempi reali di esecuzione delle fasi delle singole procedure per ogni CUP	Come da indicatori comunicazione regionale	1	15	il raggiungimento del peso sarà misurato in percentuale sul raggiungimento totale dei sub-obiettivi	Area Organizzativa	aggiornamento obiettivo, indicatore e peso in coerenza con obiettivi regionali
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	16		Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 15)
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 della ditta esecutrice uscente	SI	16		Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 15)
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	11		Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 10)

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.S. Affari Generali e Legali

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.S. ICT

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
362,0	EF_ORG-29	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione dei servizi di sanità digitale con rispetto degli obiettivi Regionali 2026) (obiettivo 17.i)	N° Report trimestrale di avanzamento degli interventi	4	15		Area Organizzativa	aggiornamento obiettivo in coerenza con obiettivi regionali
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.S. Ingegneria Clinica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
369	MON-12	MONITORAGGIO	Monitoraggio contratto di gestione apparecchiature elettromedicali anche in relazione al rinnovo contrattuale SCR	report semestrali	2	20		Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Line Direzione Amministrativa

STRUTTURA: S.S. SAAS

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
378	EF_ORG-33	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	supporto alla DMPO per la ricognizione degli spazi interni utili all'esercizio della Libera Professione	Mappa aggiornata degli spazi interni e report di utilizzo Annuale	SI	20		Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Direttori di Dipartimento

STRUTTURA: Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Direttori di Dipartimento

STRUTTURA: Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Direttori di Dipartimento

STRUTTURA: Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: DIPSA

STRUTTURA: Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: DIPSA

STRUTTURA: Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
397	MON_SUP-2	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavandolo 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 Microcitemie : 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, Microcitemie , Nefrologia, Oncologia Medica , Pronto Soccorso, Radiologia	Area Organizzativa	nessuna

OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2026- INTEGRAZIONE CON OBIETTIVI REGIONALI

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 Microcitemie : 20 Nefrologia, : 40 Nutrizione clinica e Dietologa : 25 Oncologia Medica : 30 Radiologia, : 40	si applica a : Tutte le strutture con eccezione del PS	Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
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 Microcitemie : 20 Nutrizione clinica e Dietologa : 25 Radiologia, : 30	si applica a : Amb. Diabetologia, DH Ematologia, DH Internistico , DH Oncologia Medica, Endoscopia Digestiva, Microcitemie, Nutrizione clinica e Dietologa, Radiologia	Area Organizzativa	nessuna
400,0	EF_ORG-44	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Attivazione di un percorso successivo al Triage iniziale (post-Triage)	n° pazienti con codice priorità Azzurro (dolore addominale) e Arancione (dolore toracico) con attivazione del Post - Triage 2026 / n° totale pazienti con accesso a PS con codice priorità Azzurro (dolore addominale) e Arancione (dolore toracico)	≥ 50%	40	si applica a : Pronto Soccorso	Area Organizzativa	modificata descrizione obiettivo

Articolazione Organizzativa: DIPSA

STRUTTURA: Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: DIPSA

STRUTTURA: Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: DIPSA

STRUTTURA: Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
414	MON_SUP-5	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo.	evidenza documentale	12 report/anno	50		Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
65	EF_COST-3	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della 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) 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	nessuna
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	nessuna
67	EF_ORG-13	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio procedura di attivazione infermiere MET	almeno 3 report annuali	SI	8		Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 10)
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	nessuna
432,0	APP-72	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione, sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.C.D.U. Chirurgia Generale

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
69	APP-28	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva 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	nessuna
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	nessuna
71	EF_COST-16	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	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 21)
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	nessuna
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	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	rimodulato peso (precedente era 14)
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	nessuna
75,0	OB-REG 1	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
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	14	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	rimodulato peso (precedente era 16)
433,0	APP-73	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.C.D.U. Chirurgia Toracica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
78	APP-29	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva 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	nessuna
79	CM-2	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	16		Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 12)
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	nessuna
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%	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	rimodulato peso (precedente era 14)
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	nessuna
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	Area Organizzativa	annullato
84	PROD-3	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	rimodulato peso (precedente era 8)
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	nessuna
434,0	APP-74	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione, sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.C.D.U. Odontostomatologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
86	APP-30	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva relativa alle prestazioni odontostomatologiche	Report con analisi appropriatezza prescrittiva relativa alle prestazioni odontostomatologiche stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
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	nessuna
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	Area Gestione Spesa	nessuna
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	18	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	rimodulato peso (precedente era 16)
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	nessuna
91,0	OB-REG 3	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
92	PROD-4	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	rimodulato peso (precedente era 8)
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	nessuna
435,0	APP-75	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.C.D.U. Oftalmologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
95	CM-4	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	rimodulato peso (precedente era 14)
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	nessuna
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	annullato e sostituito con obiettivo regionale
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	nessuna
99,0	OB-REG 4	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
101	PROD-5	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	rimodulato peso (precedente era 8)
436,0	APP-76	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno dellea propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo
476	EF_COST-81	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%	12	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	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
103	APP-32	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva 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	nessuna
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	nessuna
105	EF_COST-20	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 18)
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
437.0	APP-77	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione, sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.C.D.U. Otorinolaringoiatria

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
111	APP-33	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza 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	nessuna
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	nessuna
113	EF_COST-21	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	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 23)
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	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	rimodulato peso (precedente era 12)
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	nessuna
116,0	OB-REG 5	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 14)
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	nessuna
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	nessuna
438,0	APP-78	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.C.D.U. Urologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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) x 100	≤ 95%	5		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
121	CM-7	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	10	il dato 2025 verrà standardizzato sul dato dell'ultimo quadrimestre 2025 come riferimento per il confronto.	Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
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	nessuna
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) 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	nessuna
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	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	rimodulato peso (precedente era 12)
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
439,0	APP-79	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.S.D. Day Week Surgery

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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%	48		Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 50)
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	nessuna
440,0	APP-80	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno dellea propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
139	EF_ORG-16	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisposizione e rispetto turnistica anestesiológica presso CLOSER	report	Evidenza documentale turnistica	20		Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva

STRUTTURA: S.S.D. Sale Operatorie

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	13	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	rimodulato peso (precedente era 15)
441,0	APP-81	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.S.D. Endoscopia Digestiva

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
152,0	OB-REG 9	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
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	nessuna
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%	13		Area qualità clinica ed assistenziale	annullato e sostituito con obiettivo regionale
442,0	APP-82	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo
477	EF_COST-82	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	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
156	APP-13	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	16	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 20)
157	APP-51	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA Appropriatezza prescrittiva antibiotico terapia nei pazienti cronici	Report con individuazione appropriatezza prescrittiva antibioticoterapia nei pazienti con Drepanocitosi e individuazione elementi di criticità e interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
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	nessuna
159	EF_COST-36	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	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 25)
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	nessuna
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	nessuna
418,0	OB-REG 22	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
443,0	APP-83	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.S.D. Nefrologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	annullato
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 noninferiori a 60 minuti / n° casi di infusione Ertapenem (periodo 2° semestre)	≥ 85%	5		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
165	EF_COST-37	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	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 21)
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	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	rimodulato peso (precedente era 12)
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	nessuna
168	PROD-22	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	rimodulato peso (precedente era 8)
419,0	OB-REG 23	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
444,0	APP-84	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.S.D. Oncologia Polmonare

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
169	APP-15	APPROPRIATEZZA	Mantenimento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	>= del dato 2025	30		Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 35)
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
420,0	OB-REG 26	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.S.D. Week Day Hospital Internistico

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
176	APP-18	APPROPRIATEZZA	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	N° viste telemedicina 2026	≥ 50	25	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 30)
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
421.0	OB-REG 27	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: Medicina Nucleare

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
181	APP-39	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione appropriatezza presfrittiva 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	nessuna
182	EF_COST-24	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	45	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 50)
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	23	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	rimodulato peso (precedente era 25)
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	nessuna
422,0	OB-REG 15	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
445,0	APP-85	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.C.D.O. Geriatria

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
185	APP-40	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva 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	nessuna
186	EF_COST-5	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della 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) 10 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	aggiornamento obiettivo, indicatore e peso in coerenza con obiettivi regionali
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	Area Gestione Spesa	nessuna
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	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	rimodulato peso (precedente era 12)
189,0	OB-REG 6	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
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	nessuna
446,0	APP-86	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
193	APP-41	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva 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	nessuna
194	EF_COST-4	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della 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	nessuna
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	nessuna
196	EF_ORG-11	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio del piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.	report trimestrale	4	18		Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 20)
197	PROD-1	PRODUZIONE	Incremento del valore dell'indice di Rotazione	Indice rotazione 2026	> del dato 2025	13		Area Organizzativa	nessuna
198,0	BOARD-1	TEMPO DI BOARDING	Contenimento proporzione ricoveri da P.S. e miglioramento tempo di permanenza in P.S.	a) ricoveri ospedalieri da PS 2026/totale accessi PS 2026 b) tempo permanenza in PZ 2026 (compresi pz OBI)	a) ≤ al dato 2025 b) < al dato 2025	a) 10 B) 10		Area qualità clinica ed assistenziale	aggiornamento obiettivo e indicatore in coerenza con obiettivi regionali
447,0	APP-87	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno dellea propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.C.D.U. Anatomia Patologica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
203	SCR-1	SCREENING	Screening Colo-rettale età 50-74 anni: esecuzione di tutti gli esami ricevuti all'interno del progetto Serena	esami eseguiti/ esami ricevuti	100%	23		Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 25)
448,0	APP-88	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione, sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.C.D.U. Medicina Interna

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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 SCU 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	nessuna
205	EF_COST-6	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della 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) 10 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	aggiornamento obiettivo, indicatore e peso in coerenza con obiettivi regionali
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
209,0	OB-REG 7	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
211	PROD-13	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	rimodulato peso (precedente era 7)
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	nessuna
449,0	APP-89	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
214	EF_COST-7	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della 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) 10 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	aggiornamento obiettivo, indicatore e peso in coerenza con obiettivi regionali
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
218,0	OB-REG 8	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
219	PROD-14	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	rimodulato peso (precedente era 8)
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	nessuna
450,0	APP-90	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.C.D.U. Oncologia Medica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
222	EF_COST-8	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della 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) 10 B) 5	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	aggiornamento obiettivo, indicatore e peso in coerenza con obiettivi regionali
223	EF_COST-30	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	rimodulato peso (precedente era 25)
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)	8	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 10)
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
423,0	OB-REG 18	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
451,0	APP-91	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.C.D.U. Radiodiagnostica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
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	nessuna
230	EF_COST-9	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della 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) 8 B) 6	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	aggiornamento obiettivo, indicatore e peso in coerenza con obiettivi regionali
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	nessuna
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	13	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	rimodulato peso (precedente era 15)
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
452,0	APP-92	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione, sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
236	APP-11	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	22	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 20)
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	annullato
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 afferisce 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%	10		Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 5)
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	nessuna
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	24	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	rimodulato peso (precedente era 22)
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	nessuna
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	nessuna
424,0	OB-REG 25	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.S. Radioterapia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
244	EF_COST-33	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	45	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 50)
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	nessuna
246	PROD-18	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	23	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	rimodulato peso (precedente era 25)
425,0	OB-REG 20	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
453,0	APP-93	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione, sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e oncologia

STRUTTURA: S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
247	APP-12	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	35		Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 40)
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	nessuna
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	nessuna
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)	8	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 10)
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	nessuna
426,0	OB-REG 21	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
454,0	APP-94	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione, sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

STRUTTURA: S.C.D.O. Cardiologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
252	APP-55	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza follow up paziente dimesso con Scopenso 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	nessuna
253	EF_COST-40	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	rimodulato peso (precedente era 22)
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	nessuna
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	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	rimodulato peso (precedente era 15)
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)	8	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 10)
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
427,0	OB-REG 16	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
455,0	APP-95	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

STRUTTURA: S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
261	EF_COST-41	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	26	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 28)
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	nessuna
263	EF_ORG-3	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	attuazione riorganizzazione della gestione settore microbiologia	evidenza documentale	SI	30		Area Organizzativa	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
456,0	APP-96	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione, sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

STRUTTURA: S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	15		Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 20)
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	nessuna
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	Area Gestione Spesa	nessuna
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 fisiologica e visita 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	nessuna
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)	8	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 10)
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	nessuna
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	nessuna
428,0	OB-REG 17	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
457,0	APP-97	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

STRUTTURA: S.C.D.O. Neurologia . CRESM

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
274	EF_COST-12	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della 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) 14 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	aggiornamento obiettivo, indicatore e peso in coerenza con obiettivi regionali
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	nessuna
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	nessuna
277,0	OB-REG 10	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
279	PROD-28	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	rimodulato peso (precedente era 8)
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	nessuna
458,0	APP-98	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

STRUTTURA: S.C.D.O. Pneumologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
281	APP-59	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza tempestiva follow up pazienti dimessi con diagnosi di Bronchite cronica riacutizzata (PNE)	N° pazienti dimessi con diagnosi 491.2 con esecuzione di visita di controllo entro 6 settimane / N° totale pazienti dimessi con diagnosi 491.2	≥80%	5		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
282	EF_COST-13	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della 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) 10 B) 6	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	aggiornamento obiettivo, indicatore e peso in coerenza con obiettivi regionali
283	EF_COST-44	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	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 21)
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	nessuna
285,0	OB-REG 11	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
287	PROD-29	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	rimodulato peso (precedente era 8)
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	nessuna
459,0	APP-99	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

STRUTTURA: S.C.D.U. Psichiatria

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
290	EF_COST-45	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	Area Gestione Spesa	rimodulato peso (precedente era 21)
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	nessuna
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)	8	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa	rimodulato peso (precedente era 10)
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	nessuna
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	nessuna
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) 6 2) 5		Area qualità clinica ed assistenziale	rimodulato peso (precedente era 8 + 7)
429,0	OB-REG 19	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-
460,0	APP-100	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

STRUTTURA: S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
296	APP-61	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva 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	nessuna
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	nessuna
298	EF_COST-46	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	rimodulato peso (precedente era 21)
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	nessuna
300,0	OB-REG 12	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
302	PROD-31	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	rimodulato peso (precedente era 9)
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%	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	rimodulato peso (precedente era 15)
461,0	APP-101	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

STRUTTURA: S.S.D. Pneumologia Interventistica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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, tbna, tbb, broncoscopie operative)	> 80%	5		Area qualità clinica ed assistenziale	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	annullato e sostituito con obiettivo regionale
308,0	OB-REG 13	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
310	PROD-32	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	rimodulato peso (precedente era 10)
462,0	APP-102	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo
478	EF_COST-83	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	nuovo - definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali-

Articolazione Organizzativa: Dipartimento strutturale di area medica e specialistica

STRUTTURA: SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
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	nessuna
315,0	OB-REG 14	OBIETTIVO REGIONALE	Conferimento nel Fascicolo Sani-tario Elettronico di almeno il 90% dei referti di specialistica ambulatoriale	% referti ambulatoriali conferiti in FSE	≥ 90%	5		Area Organizzativa	definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali con rimodulazione del peso
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	nessuna
317	PROD-33	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	rimodulato peso (precedente era 10)
463,0	APP-103	APPROPRIATEZZA	Collaborare al progetto "Lean Hospital" dell'Azienda: applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione , sua descrizione e correttivi	presenza di relazione	si	2		Area qualità clinica ed assistenziale	nuovo obiettivo

Articolazione Organizzativa: DIPARTIMENTI UNIVERSITARI

STRUTTURA: PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: SPECIALISTI AMBULATORIALI

STRUTTURA: SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna

Articolazione Organizzativa: SPECIALISTI AMBULATORIALI

STRUTTURA: SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica

n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro	MODIFICHE/INTEGRAZIONI
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	nessuna
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	nessuna



Struttura Affari Generali
Relazione di Pubblicazione

Delibera N. 189 del 27/03/2026

Oggetto: MODIFICA/INTEGRAZIONE DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2026/2028 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 41 DEL 30.01.2026.

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

30/03/2026

Sottoscritta dal funzionario incaricato
(BERTOLO FULVIA)