



*Azienda Ospedaliero-Universitaria  
San Luigi Gonzaga  
di Orbassano*

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**N. 232 del 16/05/2025**

**Oggetto: MODIFICA/INTEGRAZIONE DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL  
PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO  
2025/2027 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 55 DEL 31.01.2025**

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\_2148874.pdf.p7m

AB7BED39A2C262627A5D24C765707AED74BFBABE63F56F0D02D1C2482FC7D71AB84BB23AEC3753E9DA66  
F1045CAEA75AA768D35C622700290304AC1D4A17D130

- Allegato delibera - Obiettivi 2025 con integrazioni - V Dipsa.pdf.p7m

B69480C53C8FC82B5B4C1AC2B38BF065012296969B461AEA0CE6EEA8FA429E7C6F63EDA9202739442FE4A7  
8F4B30B75E3A60148E9EE65F46718524B0A59AC55A

***Sistema Sanitario Regionale del Piemonte***



Azienda Ospedaliero-Universitaria  
San Luigi Gonzaga  
di Orbassano

**OGGETTO:** MODIFICA/INTEGRAZIONE DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2025/2027 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 55 DEL 31.01.2025

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  
della struttura proponente

Dott.ssa RINAUDO ANTONELLA

**Registrazione contabile**

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

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

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

**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. 658 del 27.12.2024 di approvazione del Piano della Performance dell'AOU San Luigi di Orbassano per l'anno 2025;
  - la deliberazione n. 55 del 31.01.2025 di approvazione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2025-2027, documento unico di programmazione finalizzato a sostituire, tra l'altro, il Piano della Performance, nell'ambito del quale sono stati formalizzati gli obiettivi 2024 per tutto il personale dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano;
  - la D.G.R. n. 16-817/2025/XII del 25.02.2025 relativa all'assegnazione ai Direttori Generali delle ASR degli obiettivi di attività per l'anno 2025;
- dato atto che occorre assegnare gli obiettivi regionali alle strutture aziendali, ad integrazione degli obiettivi aziendali già declinati nel sopracitato provvedimento;
- rilevato che in data 28/04/2025 le summenzionate modifiche/integrazioni sono state 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 2025 formalizzati nel predetto PIAO - sezione 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 della S.C. 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 2025/2027, adottato con deliberazione n. 55 del 31.01.2024;
- 2)** di dare atto che gli obiettivi ed i relativi pesi definitivi per l'anno 2025 sono quelli inseriti nel prospetto allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che sostituisce integralmente quelli già declinati nel predetto documento 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, al fine di consentire sin da subito alle strutture di mettere in atto tutte le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi.

**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 2025

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA | STRUTTURA                                 | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB    | MACRO OBIETTIVO               | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                               | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                                      | VALORE<br>ATTESO                                         | PESO           | NOTE                | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                               |
|---------------|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------|---------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1             | 1-1                 | Staff Direzione Generale       | Risk Management                           | 2                   | OB_REG21  | OBIETTIVO REGIONALE           | 1) Analisi iniziale e mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nei SPDC<br>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 (entro giugno 2025)<br>2) Protocolli approvati e adottati                                                                                                                                                          | 1) presenza report<br>2) presenza di almeno 1 protocollo | 1) 10<br>2) 10 |                     | Area qualità clinica ed assistenziale     | definito obiettivo in coerenza con obiettivi del POA |
| 1             | 1-1                 | Staff Direzione Generale       | Risk Management                           | 3                   | SIC_SO-8  | SICUREZZA E SORVEGLIANZA      | revisione procedura prevenzione e gestione cadute dei pazienti entro 31/12/2025                                                                                                                                                                         | presenza procedura revisionata                                                                                                                                                                                                                  | 2) Protocolli approvati e adottati                       | 30             | valenza documentale | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-1                 | Staff Direzione Generale       | Risk Management                           | 4                   | SIC_SO-9  | 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                                                       | 50             | valenza documentale | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-2                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Controllo di Gestione                | 5                   | EF_ORG-1  | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO | Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativo a completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24                                                                                                                          | Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2025 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII                                                                                                                  | SI                                                       | 15             |                     | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-2                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Controllo di Gestione                | 6                   | MON-3     | 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 modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-2                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Controllo di Gestione                | 7                   | MON-5     | 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 modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-2                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Controllo di Gestione                | 8                   | MON-6     | 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<br>2) report finale al 31.12.2025 (riferito ai dati 01/01/25 - 30/09/25)                                                                                                   | SI                                                       | 25             | valenza documentale | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-2                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Controllo di Gestione                | 9                   | MON-11    | 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 modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-2                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Controllo di Gestione                | 10                  | MON-12    | 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 modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-4                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Qualità                              | 11                  | APP-17    | APPROPRIATEZZA                | Monitoraggio semestrale di almeno 2 PDTA aziendali secondo gli indicatori previsti                                                                                                                                                                      | evidenza documentale                                                                                                                                                                                                                            | SI                                                       | 25             |                     | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-4                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Qualità                              | 12                  | APP-31    | APPROPRIATEZZA                | Supervisione dell'elaborazione di protocolli aziendali per la gestione del dolore in collaborazione con S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica                                                                                                  | n° protocolli                                                                                                                                                                                                                                   | ≥ 2                                                      | 10             |                     | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-4                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Qualità                              | 13                  | MON-1     | MONITORAGGIO                  | Contribuire all'incremento > 10% rispetto all'anno 2024 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                                                       | 40             | valenza documentale | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-4                 | Staff Direzione Generale       | S.S. Qualità                              | 14                  | BOARD-2   | TEMPO DI BOARDING             | Contribuire al miglioramento nella gestione e misurazione del boarding, con tempo medio di permanenza (boarding) in PS ≤ 6 h (nel rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica)                                                     | Rilevazione su boarding e audit clinico assistenziale e organizzativo almeno mensile tra le unità operative coinvolte ai fini della riduzione del boarding, in collaborazione con MECAU, in relazione al piano di gestione del sovraffollamento | SI                                                       | 25             | valenza documentale | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-5                 | Staff Direzione Generale       | Servizio Prevenzione e Protezione         | 15                  | SIC_SO-1  | SICUREZZA E SORVEGLIANZA      | Aggiornamento DVR per CLI                                                                                                                                                                                                                               | Pubblicazione del documento nella Cartella DVR Condivisa                                                                                                                                                                                        | SI                                                       | 40             |                     | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-5                 | Staff Direzione Generale       | Servizio Prevenzione e Protezione         | 16                  | SIC_SO-2  | SICUREZZA E SORVEGLIANZA      | Definizione di procedura per la Gestione delle Aggressioni in Ospedale e monitoraggio applicazione                                                                                                                                                      | A) pubblicazione su intranet della procedura (entro 30/06/2025)<br>B) evidenza documentale                                                                                                                                                      | A) SI<br>B) SI                                           | 50             |                     | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-5                 | Staff Direzione Generale       | Servizio Prevenzione e Protezione         | 17                  | TRASP-2   | 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 modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-6                 | Staff Direzione Generale       | SS Pianificazione strategica e Governance | 18                  | EF_ORG-25 | 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 modifica/integrazione apportata              |
| 1             | 1-6                 | Staff Direzione Generale       | SS Pianificazione strategica e Governance | 19                  | EF_ORG-32 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO | Piano obiettivi 2026                                                                                                                                                                                                                                    | Definizione e presentazione alla Direzione Generale entro il 31/10/2025 della proposta iniziale per gli obiettivi 2026                                                                                                                          | SI                                                       | 25             |                     | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata              |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA | STRUTTURA                                 | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB    | MACRO OBIETTIVO                    | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                  | INDICATORE                                                                                                                                                                                                       | VALORE<br>ATTESO         | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                   | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                  |
|---------------|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|-----------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1             | 1-6                 | Staff Direzione Generale       | SS Pianificazione strategica e Governance | 20                  | EF_ORG-36 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Proposta alla Direzione Strategica di un piano di sviluppo delle linee produttive aziendali (entro 30/03/2025)                                                                             | evidenza documentale                                                                                                                                                                                             | SI                       | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 1             | 1-6                 | Staff Direzione Generale       | SS Pianificazione strategica e Governance | 21                  | MON-4     | 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 modifica/integrazione apportata |
| 1             | 1-7                 | Staff Direzione Generale       | Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali  | 22                  | COM-1     | AREA COMUNICAZIONE                 | Gestione aggiornamenti, sul sito intranet aziendale, delle aree dedicate alla comunicazione                                                                                                | Pubblicazioni effettuate nei tempi richiesti-concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste con evidenza tempestiva pubblicazioni e correzione/eliminazione dei dati/informazioni pubblicate non aggiornati | 100%                     | 25   | evidenza con Report trimestrale                                                                                                                                                                                                                        | Area Comunicazione                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 1             | 1-7                 | Staff Direzione Generale       | Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali  | 23                  | COM-3     | 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 modifica/integrazione apportata |
| 1             | 1-7                 | Staff Direzione Generale       | Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali  | 24                  | COM-4     | 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 modifica/integrazione apportata |
| 1             | 1-7                 | Staff Direzione Generale       | Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali  | 25                  | COM-5     | AREA COMUNICAZIONE                 | Predisposizione proposta del Piano di Comunicazione 2025-2026                                                                                                                              | evidenza documentale                                                                                                                                                                                             | SI                       | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area Comunicazione                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-1                 | Line Direzione Sanitaria       | Funzione Servizio Sociale                 | 26                  | EF_ORG-3  | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Attivazione dei percorsi di continuità ospedale - territorio, in collaborazione con il NOCC                                                                                                | Percorsi attivati/percorsi richiesti                                                                                                                                                                             | ≥ 95%                    | 60   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-1                 | Line Direzione Sanitaria       | Funzione Servizio Sociale                 | 27                  | EF_ORG-19 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata                                                                                                                      | Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere                                                                                                                  | 100%                     | 40   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-2                 | Line Direzione Sanitaria       | S.C. Direzione Sanitaria di Presidio      | 28                  | APP-11    | APPROPRIATEZZA                     | Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.                                                                                       | A) N° Incontri con associazione malati<br>B) N° incontri del Coordinamento verbalizzati                                                                                                                          | A) ≥ 3<br>B) ≥ 4         | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-2                 | Line Direzione Sanitaria       | S.C. Direzione Sanitaria di Presidio      | 29                  | EF_ORG-15 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2024                                                                                                                       | Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici                                                                 | evidenza documentale     | 20   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-2                 | Line Direzione Sanitaria       | S.C. Direzione Sanitaria di Presidio      | 30                  | EF_ORG-31 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Monitoraggio e Revisione delle Agende delle Prestazioni Ambulatoriali in funzione del miglioramento della saturazione degli slot                                                           | n° di Agende con saturazione posti ≥ 85% / n° totale Agende                                                                                                                                                      | ≥ 85 %                   | 10   | nel conteggio si considerano sia le Agende pubbliche sia le Agende esclusive                                                                                                                                                                           | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-2                 | Line Direzione Sanitaria       | S.C. Direzione Sanitaria di Presidio      | 31                  | 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                       | 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 modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-2                 | Line Direzione Sanitaria       | S.C. Direzione Sanitaria di Presidio      | 32                  | GOV-1     | GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO    | A)Elaborazione entro il 28 febbraio del Cronoprogramma del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero<br>B) Completamento entro il 31/12/2025 delle fasi anno 2025 del cronoprogramma | A) Data consegna Cronoprogramma<br>B) evidenza documentale                                                                                                                                                       | A) 28/02/2025<br>B) SI   | 15   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-2                 | Line Direzione Sanitaria       | S.C. Direzione Sanitaria di Presidio      | 33                  | FSE-2     | 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%                     | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-2                 | Line Direzione Sanitaria       | S.C. Direzione Sanitaria di Presidio      | 34                  | DIP_20    | OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                                                                                  | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                                                                                                                                          | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 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 di produzione rispetto al valore target | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 2             | 2-3                 | Line Direzione Sanitaria       | S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera             | 35                  | APP-7     | 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 modifica/integrazione apportata |

| n° art<br>org | n° strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA | STRUTTURA                                                                            | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB     | MACRO OBIETTIVO               | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | VALORE<br>ATTESO             | PESO                 | NOTE                                                | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                 |
|---------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 2             | 2-3              | Line Direzione Sanitaria       | S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera                                                        | 36                  | EF_COST-1  | 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 modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-3              | Line Direzione Sanitaria       | S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera                                                        | 37                  | EF_COST-38 | EFFICIENTAMENTO COSTI         | Monitoraggio contenimento spesa dispositivi medici/protesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa dispositivi medici/protesi                                                                                                                                                                                                                                                                 | ≥ 4                          | 20                   |                                                     | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-3              | Line Direzione Sanitaria       | S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera                                                        | 38                  | EF_COST-39 | EFFICIENTAMENTO COSTI         | Monitoraggio contenimento spesa farmaci                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altospendenti                                                                                                                                                                                                                                      | ≥ 5                          | 20                   |                                                     | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-3              | Line Direzione Sanitaria       | S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera                                                        | 39                  | EF_COST-40 | 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 modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-3              | Line Direzione Sanitaria       | S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera                                                        | 40                  | EF_ORG-5   | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO | Attività propedeutica alla transizione al nuovo AMCO regionale entro il 31/12/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | evidenza documentale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI                           | 16                   | Relazione del responsabile S.S. ICT                 | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-3              | Line Direzione Sanitaria       | S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera                                                        | 41                  | EF_ORG-40  | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO | Rispettare la tempistica della liquidazione fatture                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione. Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria<br><br>(*) 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 modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-3              | Line Direzione Sanitaria       | S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera                                                        | 42                  | OB_REG1    | OBIETTIVO REGIONALE           | Allineamento del numero delle confezioni dispensate rilevabili dai Registri di monitoraggio AIFA rispetto a quelle rilevabili dai flussi regionali per l'anno 2025 dei:<br>1) farmaci utilizzati per le indicazioni innovative a Registro di monitoraggio AIFA<br>2) farmaci a Registro di monitoraggio AIFA con MEA attivo e con tutte le indicazioni rimborsate sottoposte a registro<br>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)<br>2) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)<br>3) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)                                                      | 1)100%<br>2) 100%<br>3) 100% | 1) 5<br>2) 5<br>3) 4 |                                                     | Area Organizzativa                        | definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali |
| 2             | 2-4              | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA                                                 | 43                  | APP-1      | APPROPRIATEZZA                | Adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | report annuale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1                            | 20                   |                                                     | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-4              | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA                                                 | 44                  | APP-2      | APPROPRIATEZZA                | Adesione al sistema di sorveglianza speciale enterobatteri resistenti ai carbapenemici                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | n° report quadrimestrale su infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemic                                                                                                                                                                                                                                                            | 3                            | 20                   |                                                     | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-4              | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA                                                 | 45                  | APP-18     | 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 modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-4              | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA                                                 | 46                  | ICA-1      | ICA                           | Programmazione e coordinamento corsi ICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | verbali incontri e relazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ≥ 3                          | 20                   |                                                     | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-4              | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA                                                 | 47                  | ICA-4      | ICA                           | Programmazione e coordinamento Commissione Infezioni Correlate all'Assistenza CICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | verbali incontri e relazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ≥ 2                          | 20                   |                                                     | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-5              | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. | 48                  | 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 modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-5              | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. | 49                  | 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 modifca/integrazione apportata                 |
| 2             | 2-6              | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Servizio Trasfusionale                                                          | 50                  | APP-5      | 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                           | 12                   |                                                     | Area qualità clinica ed assistenziale     | rimodulato peso (precedente era 22)                    |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA | STRUTTURA                           | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB     | MACRO OBIETTIVO                      | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                      | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                                                                                      | VALORE<br>ATTESO | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                            | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                          |
|---------------|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------|------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 2             | 2-6                 | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Servizio Trasfusionale         | 50,1                | OB_REG30   | OBIETTIVO REGIONALE                  | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2024                                                                                                                                                                                    | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x 100                                                                                                                                                                                             | ≤ 90%            | 10   | L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE<br>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- |
| 2             | 2-6                 | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Servizio Trasfusionale         | 51                  | APP-23     | APPROPRIATEZZA                       | Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Talassemia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato<br>A) verifica trimestrale dell'attività per i pazienti arruolati anno 2025<br>B) Incontri con associazione malati | A) n° report<br>B) n° incontri l'anno                                                                                                                                                                                                                                                           | A) 4<br>B) ≥ 3   | 12   | ripartizione peso:<br>A) 6<br>B) 6                                                                                                                                                                                              | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 2             | 2-6                 | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Servizio Trasfusionale         | 52                  | APP-26     | APPROPRIATEZZA                       | Promozione e partecipazione al progetto: "Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici"                                                                                                                          | Numero di pazienti candidabili valutati anno 2025 per avvio a percorso PBM/ numero di pazienti con interventi in elezione candidabili al percorso PBM anno 2025                                                                                                                                 | ≥ 2%             | 26   |                                                                                                                                                                                                                                 | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 2             | 2-6                 | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Servizio Trasfusionale         | 53                  | EF_COST-3  | EFFICIENTAMENTO COSTI                | Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                   | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                                                                                                                      | > del dato 2024  | 20   |                                                                                                                                                                                                                                 | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 2             | 2-6                 | Line Direzione Sanitaria       | S.S. Servizio Trasfusionale         | 54                  | PROD-1     | PRODUZIONE                           | Incremento del valore della produzione rispetto al 2024                                                                                                                                                                                        | (produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024                                                                                                                                                                                                                                           | ≥ 2,5%           | 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 C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)               | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 2             | 2-7                 | Line Direzione Sanitaria       | U.R.P.                              | 55                  | COM-2      | AREA COMUNICAZIONE                   | Predisposizione proposta alla Direzione Aziendale di aggiornamento "Regolamento gestione reclami" e "Regolamento Sala Convegni e Spazio Espositivo" entro il 30/06/2025                                                                        | A) evidenza documentale aggiornamento "Regolamento gestione reclami" entro 30/06/2025<br>B) evidenza documentale aggiornamento "Regolamento Sala Convegni e Spazio Espositivo" entro 30/06/2025                                                                                                 | A) SI<br>B) SI   | 40   | ripartizione peso:<br>A) 20<br>B) 20                                                                                                                                                                                            | Area Comunicazione e                      | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 2             | 2-7                 | Line Direzione Sanitaria       | U.R.P.                              | 56                  | EF_ORG-21  | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO        | Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista.                                                                                                                                                                                      | n° casi gestiti entro i tempi previsti / totale casi gestiti                                                                                                                                                                                                                                    | 100%             | 50   |                                                                                                                                                                                                                                 | Area Comunicazione e                      | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 2             | 2-7                 | Line Direzione Sanitaria       | U.R.P.                              | 57                  | 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 del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno 1 audit di verifica                                                                                                                                                                              | SI               | 10   |                                                                                                                                                                                                                                 | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 3             | 3-1                 | Line Direzione Amministrativa  | S.C. Gestione Economico Finanziaria | 58                  | CRED-1     | CIRCULARIZZAZIONE E RECUPERO CREDITI | Efficientamento: circolarizzazione dei crediti aziendali relativi alle annualità 2024 e ante                                                                                                                                                   | A) Report crediti 2024 e ante.<br>B) Evidenza note di circolarizzazione 2024 e ante<br>C) Conciliazione delle posizioni finanziarie ancora in sospeso, con evidenza degli importi attinenti le annualità 2024 e ante, per l'allineamento delle partite creditorie e debitorie con le altre ASR. | SI               | 30   |                                                                                                                                                                                                                                 | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 3             | 3-1                 | Line Direzione Amministrativa  | S.C. Gestione Economico Finanziaria | 59                  | EF_COST-2  | EFFICIENTAMENTO COSTI                | Determinazione e monitoraggio dei budget di spesa delle strutture.                                                                                                                                                                             | A) Provvedimento di assegnazione budget di spesa<br>B) Raccolta report trimestrali di monitoraggio della spesa e relazioni delle strutture su interventi correttivi, ove necessari<br>C) Analisi e valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione                      | SI               | 30   |                                                                                                                                                                                                                                 | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 3             | 3-1                 | Line Direzione Amministrativa  | S.C. Gestione Economico Finanziaria | 60                  | EF_ORG-47  | 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   | Report SC Gestione Economico Finanziaria                                                                                                                                                                                        | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifica/integrazione apportata                         |
| 3             | 3-1                 | Line Direzione Amministrativa  | S.C. Gestione Economico Finanziaria | 61                  | 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 modifica/integrazione apportata                         |
| 3             | 3-2                 | Line Direzione Amministrativa  | S.C. Provveditorato-Economato       | 62                  | EF_COST-41 | 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 modifica/integrazione apportata                         |



| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA   | STRUTTURA                                                 | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                  | OBIETTIVO                                                                                                                                                                  | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                  | VALORE<br>ATTESO                    | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                                    |
|---------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 3             | 3-2                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Provveditorato-<br>Economato                         | 63                  | EF_COST-<br>44 | EFFICIENTAMENTO<br>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<br>Spesa                    | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-2                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Provveditorato-<br>Economato                         | 64                  | EF_ORG-<br>20  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO | Gestione delle procedure di affidamento aziendale nell'ambito dei progetti "Sanità Digitale 1" PNRR , come da matrice delle competenze definite                            | Predisposizione atti nel rispetto del cronoprogramma aziendale.<br>Attestazione del Direttore Amministrativo                                                                                                                | SI                                  | 20   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-2                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Provveditorato-<br>Economato                         | 65                  | EF_ORG-<br>41  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO | Rispettare la tempistica della liquidazione fatture                                                                                                                        | n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture                                                                                                                                                    | 100%                                | 25   | Attestazione SC Gestione<br>Economico Finanziaria<br><br>il peso è così distribuito:<br>A) 50% raggiungimento<br>obiettivo a livello aziendale/<br>Attestazione GEF<br>B) 50% raggiungimento da<br>parte della struttura (nella<br>misura del 90 % delle fatture /<br>Relazione della struttura | Area Gestione<br>Spesa                    | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-2                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Provveditorato-<br>Economato                         | 66                  | 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<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-3                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane                                        | 67                  | EF_COST-<br>45 | EFFICIENTAMENTO<br>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                                   | 40   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area Gestione<br>Spesa                    | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-3                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane                                        | 68                  | EF_ORG-4       | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO | Attivazione processo di digitalizzazione Fascicolo Personale Dipendente                                                                                                    | A) Progettazione e sviluppo piattaforma digitale(entro 30/06/2025)<br>B) n° assunti anno 2025 don FPD digitalizzato /n° totale assunti nell'anno 2025                                                                       | A) SI<br>B) 100%                    | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-3                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane                                        | 69                  | EF_ORG-<br>14  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO | corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN                                                                                                             | coerenza tra dati OSSERVATORIO e dati OPESSAN                                                                                                                                                                               | 100%                                | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-3                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane                                        | 70                  | TRASP-3        | 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<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-4                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane -<br>CENTRO DI FORMAZIONE<br>AZIENDALE | 71                  | EF_ORG-<br>42  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO | Rispettare la tempistica della liquidazione fatture                                                                                                                        | n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture                                                                                                                                                    | 100%                                | 20   | Attestazione SC Gestione<br>Economico Finanziaria<br><br>il peso è così distribuito:<br>A) 50% raggiungimento<br>obiettivo a livello aziendale/<br>Attestazione GEF<br>B) 50% raggiungimento da<br>parte della struttura (nella<br>misura del 90 % delle fatture /<br>Relazione della struttura | Area Gestione<br>Spesa                    | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-4                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane -<br>CENTRO DI FORMAZIONE<br>AZIENDALE | 72                  | FORM-1         | FORMAZIONE                       | Attivazione Piano formativo 2025                                                                                                                                           | A) n° corsi attivati /n° totale corsi previsti (inclusi corsi extra-piano)<br>B) realizzazione Corso di Formazione aziendale PNRR "Rafforzamento delle competenze digitali" (secondo indicazioni regionali)                 | A) ≥ 75%<br>B) SI                   | 40   | ripartizione peso:<br>A) 20<br>B) 20                                                                                                                                                                                                                                                            | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |
| 3             | 3-4                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane -<br>CENTRO DI FORMAZIONE<br>AZIENDALE | 73                  | FORM-5         | FORMAZIONE                       | Monitoraggio formazione ICA                                                                                                                                                | Numero formati sul totale delle persone da formare (moduli A+B+C+D)                                                                                                                                                         | 92% del Target atteso al 30/06/2026 | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                     | modificato indicatore e valore atteso in coerenza con obiettivi regionali |
| 3             | 3-4                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane -<br>CENTRO DI FORMAZIONE<br>AZIENDALE | 74                  | 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                                  | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                                |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA   | STRUTTURA                                                     | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                            | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                              | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | VALORE<br>ATTESO | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                        |
|---------------|---------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 3             | 3-5                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane - CORSI<br>LAUREA PROFESSIONI<br>SANITARIE | 75                  | EF_ORG-<br>43  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO           | Rispettare la tempistica della liquidazione<br>fatture                                                                                                                                                                                                                                                 | n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione<br>/ n° totale fatture                                                                                                                                                                                                                                                                             | 100%             | 40   | Si applica a Amministrativi<br><br>Attestazione SC Gestione<br>Economico Finanziaria<br><br>il peso è così distribuito:<br>A) 50% raggiungimento<br>obiettivo a livello aziendale/<br>Attestazione GEF<br>B) 50% raggiungimento da<br>parte della struttura (nella<br>misura del 90 % delle fatture /<br>Relazione della struttura | Area Gestione<br>Spesa                    | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-5                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane - CORSI<br>LAUREA PROFESSIONI<br>SANITARIE | 76                  | FORM-3         | FORMAZIONE                                 | Elaborazione in integrazione con DIPSA e<br>DMPO di progetti organizzativi/formativi.                                                                                                                                                                                                                  | N° progetti elaborati                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3                | 40   | Si applica a :<br>Coordinatore/tutor                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-5                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane - CORSI<br>LAUREA PROFESSIONI<br>SANITARIE | 77                  | FORM-4         | FORMAZIONE                                 | Incremento numero tirocinanti presso le<br>degenze e i servizi dell'AOU S. Luigi                                                                                                                                                                                                                       | (N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi<br>anno 2025 - N° studenti tirocinanti presso AOU<br>S. Luigi anno 2024) / N° studenti tirocinanti<br>presso AOU S. Luigi anno 2024                                                                                                                                                                        | ≥ 20%            | 40   | Si applica a :<br>Coordinatore/tutor                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-5                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane - CORSI<br>LAUREA PROFESSIONI<br>SANITARIE | 78                  | FORM-6         | FORMAZIONE                                 | Elaborazione dei piani standard dell'attività<br>tutoriale, al fine di agevolare l'inserimento<br>dei nuovi tutor professionali                                                                                                                                                                        | costruzione dei piani standard relativi ad almeno<br>10 attività tutoriali consuete, a campione su un<br>anno di corso.                                                                                                                                                                                                                                 | ≥ 10             | 20   | Si applica a :<br>Coordinatore/tutor                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-5                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane - CORSI<br>LAUREA PROFESSIONI<br>SANITARIE | 79                  | SORV-2         | SORVEGLIANZA<br>SANITARIA                  | Programmazione e monitoraggio della<br>sorveglianza sanitaria dei tirocinanti CLI e<br>TRP – I anno di corso . Completamento<br>percorso della sorveglianza sanitaria per<br>l'acquisizione dell'idoneità fisica degli<br>studenti CLI e TRP - I anno di corso, prima<br>dell'immissione in tirocinio. | N° studenti CLI e TRP - I anno di corso accertati<br>prima dell'inizio del tirocinio / totale studenti CLI<br>e TRP - I anno di corso                                                                                                                                                                                                                   | 100%             | 40   | Si applica a :<br>Amministrativi                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-5                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Risorse Umane - CORSI<br>LAUREA PROFESSIONI<br>SANITARIE | 80                  | TRASP-7        | TRASPARENZA                                | Attuare misure in materia di trasparenza<br>(con adempimento relativi obblighi di<br>pubblicazione su Amministrazione<br>Trasparente) ed in materia di prevenzione<br>della corruzione                                                                                                                 | Attestazione adempimenti da parte del<br>Responsabile Prevenzione Corruzione e<br>Trasparenza, riportante esito di almeno un audit<br>di verifica                                                                                                                                                                                                       | SI               | 20   | Si applica a :<br>Amministrativi                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-7                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Tecnico e Tecnologie                                     | 81                  | EF_COST-<br>42 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                   | Monitoraggio debiti scaduti                                                                                                                                                                                                                                                                            | n° analisi del report trimestrale del GEF con<br>motivazione su mantenimento / cancellazione<br>fatture in bilancio                                                                                                                                                                                                                                     | 4                | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area Gestione<br>Spesa                    | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-7                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Tecnico e Tecnologie                                     | 82                  | EF_COST-<br>46 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                   | Rispetto del budget di spesa assegnato                                                                                                                                                                                                                                                                 | N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa<br>da inviare al GEF unitamente a relazione con<br>evidenza valutazione eventuali scostamenti e<br>proposta interventi correttivi                                                                                                                                                                     | 4                | 15   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area Gestione<br>Spesa                    | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-7                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Tecnico e Tecnologie                                     | 83                  | ED-1           | INTERVENTI<br>EDILIZIA                     | Realizzazione interventi di edilizia sanitaria<br>(in particolare in ambito antincendio)                                                                                                                                                                                                               | rispetto del cronoprogramma Regionale (o in sua<br>assenza rispetto del Cronoprogramma definito<br>dalla Direzione Aziendale) : interventi<br>completati/interventi totali programmati                                                                                                                                                                  | 100%             | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area<br>Organizzativa                     | integrato l'indicatore in coerenza<br>con obiettivi regionali |
| 3             | 3-7                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Tecnico e Tecnologie                                     | 84                  | ED-2           | INTERVENTI<br>EDILIZIA                     | Realizzazione Piano Aziendale<br>Manutenzioni Ordinarie                                                                                                                                                                                                                                                | n° interventi effettuati / totale n° interventi<br>programmati con la Direzione Aziendale                                                                                                                                                                                                                                                               | ≥ 85%            | 10   | gli interventi saranno<br>preventivamente pesati con la<br>Direzione Aziendale per<br>standardizzarne l'impegno                                                                                                                                                                                                                    | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-7                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Tecnico e Tecnologie                                     | 85                  | ED-3           | INTERVENTI<br>EDILIZIA                     | Sistemazione archivio ex "Stabulario" con<br>smaltimento materiale ivi depositato (in<br>coordinamento con S.S. Affari Generali e<br>Legali)                                                                                                                                                           | Smaltimento materiale e sistemazione archivio<br>ex "Stabulario" e progettazione totale<br>ristrutturazione entro il 31/12/2025                                                                                                                                                                                                                         | SI               | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-7                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.C. Tecnico e Tecnologie                                     | 86                  | TRASP-8        | TRASPARENZA                                | Attuare misure in materia di trasparenza<br>(con adempimento relativi obblighi di<br>pubblicazione su Amministrazione<br>Trasparente) ed in materia di prevenzione<br>della corruzione                                                                                                                 | Attestazione adempimenti da parte del<br>Responsabile Prevenzione Corruzione e<br>Trasparenza, riportante esito di almeno un audit<br>di verifica                                                                                                                                                                                                       | SI               | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-8                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. Affari Generali e Legali                                 | 87                  | CRED-2         | CIRCULARIZZAZIONE<br>E RECUPERO<br>CREDITI | Recupero crediti correlati a prestazioni<br>sanitarie con attivazione procedure di<br>recupero coattivo                                                                                                                                                                                                | Attivazione procedure di recupero coattivo:<br>pratiche trasmesse da SS AAAS                                                                                                                                                                                                                                                                            | 100%             | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area Gestione<br>Spesa                    | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |
| 3             | 3-8                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. Affari Generali e Legali                                 | 88                  | EF_ORG-<br>48  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO           | Sistemazione archivio ex "Stabulario" e<br>Coordinamento smaltimento documenti ivi<br>depositati (in coordinamento con S.C.<br>Tecnico e Tecnologie)                                                                                                                                                   | A) Invio di formale comunicazione alle strutture<br>per gli adempimenti di competenza" entro il<br>15/02/2025, con eventuale sollecito entro il<br>31/03/2025;<br>B) Gestione delle richieste di smaltimento ed<br>eventuali richieste di riallocazione<br>spazi nei locali "ex autorimessa" assegnati alla<br>scrivente struttura" entro il 31/05/2025 | A) SI<br>B) SI   | 30   | ripartizione peso:<br>A) 15<br>B) 15                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Area<br>Organizzativa                     | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                    |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA   | STRUTTURA                     | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB     | MACRO OBIETTIVO                      | OBIETTIVO                                                                                                                                                                  | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                                                              | VALORE<br>ATTESO                                                                  | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                             | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                                   |
|---------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------|------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 3             | 3-8                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. Affari Generali e Legali | 89                  | MON-9      | MONITORAGGIO                         | Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri                                                                                                                     | A) rendicontazione trimestrale<br>B) differenza tra spesa 2025 e valore accantonato nel fondo rischio<br>C) inserimento sinistri in SIMES entro 30 gg dalla richiesta di risarcimento con completa compilazione di campi e aggiornamento semestrale "importo riservato" | A) SI<br>B) Spesa 2025 ≤ valore accantonato nel fondo rischio<br>C) 100% sinistri | 30   | ripartizione peso:<br>A) 10<br>B) 10<br>C) 10                                                                                                                                                                                                                                    | Area Organizzativa                        | integrato l'indicatore in coerenza con obiettivi regionali               |
| 3             | 3-8                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. Affari Generali e Legali | 90                  | 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                                                                                | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-9                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. ICT                      | 91                  | EF_COST-47 | 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 modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-9                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. ICT                      | 92                  | EF_ORG-44  | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO        | Rispettare la tempistica della liquidazione fatture                                                                                                                        | n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture                                                                                                                                                                                                | 100%                                                                              | 10   | Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria<br><br>il peso è così distribuito:<br>A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/<br>Attestazione GEF<br>B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-9                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. ICT                      | 93                  | FSE-1      | IMPLEMENTAZIONE FSE                  | Aggiornamento Applicativi e integrazione cartelle cliniche con FSE e adeguamento infrastrutturale e di manutenzione FSE                                                    | rispetto del Cronoprogramma Regionale per :<br>- completamento di attività di adeguamento applicativi refertanti<br>- piano dell'infrastruttura FSE_Fase 2<br>- integrazione cartelle cliniche con applicazione Web del FSE                                             | SI                                                                                | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | aggiornamento obiettivo e indicatore in coerenza con obiettivi regionali |
| 3             | 3-9                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. ICT                      | 94                  | MON-2      | MONITORAGGIO                         | Gestione e monitoraggio Transizione Digitale                                                                                                                               | attivazione Cabina di Regia mensile e reportistica trimestrale avanzamento Transizione Digitale                                                                                                                                                                         | 100%                                                                              | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-9                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. ICT                      | 95                  | 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                                                                                                                                                                              | 100%                                                                              | 20   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-9                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. ICT                      | 96                  | SIC_SO-3   | SICUREZZA E SORVEGLIANZA             | Installazione telecamere esterne                                                                                                                                           | rispetto cronoprogramma Installazione nuove telecamere in aree esterne concordato con Direzione Generale                                                                                                                                                                | 100%                                                                              | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-9                 | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. ICT                      | 97                  | 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                                                                                | 5    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-10                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. Ingegneria Clinica       | 98                  | EF_COST-43 | 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 modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-10                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. Ingegneria Clinica       | 99                  | EF_COST-48 | 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                                                                                 | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-10                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. Ingegneria Clinica       | 100                 | MON-10     | MONITORAGGIO                         | Monitoraggio contratto di gestione apparecchiature elettromedicali anche in relazione al rinnovo contrattuale SCR                                                          | report semestrali                                                                                                                                                                                                                                                       | 2                                                                                 | 20   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-10                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. Ingegneria Clinica       | 101                 | 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                                                                                | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-10                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. Ingegneria Clinica       | 102                 | 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                                                                                | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-11                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. SAAS                     | 103                 | CRED-3     | CIRCULARIZZAZIONE E RECUPERO CREDITI | Traasmissione a Direzione Strategica e applicazione del Cronoprogramma anno 2025 per il recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie                                 | N° crediti con procedura recupero attivata/N° crediti programmati da recuperare                                                                                                                                                                                         | 100%                                                                              | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |
| 3             | 3-11                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. SAAS                     | 104                 | EF_ORG-8   | 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                                                                               | 20   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | nessuna modifca/integrazione apportata                                   |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA   | STRUTTURA                                                                                                                                                 | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB        | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                                              | INDICATORE                                                                                                                                                                                               | VALORE<br>ATTESO   | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                     |
|---------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 3             | 3-11                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. SAAS                                                                                                                                                 | 105                 | EF_ORG-<br>45 | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Rispettare la tempistica della liquidazione<br>fatture                                                                                                                                 | n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione<br>/ n° totale fatture                                                                                                                              | 100%               | 10   | Attestazione SC Gestione<br>Economico Finanziaria<br><br>il peso è così distribuito:<br>A) 50% raggiungimento<br>obiettivo a livello aziendale/<br>Attestazione GEF<br>B) 50% raggiungimento da<br>parte della struttura (nella<br>misura del 90 % delle fatture /<br>Relazione della struttura | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 3             | 3-11                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. SAAS                                                                                                                                                 | 106                 | CUP-25        | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate (in collaborazione con<br>DMPO)                                                         | n° relazioni con monitoraggio disallineamento tra<br>Flusso CUP e Flusso C e identificazione criticità                                                                                                   | ≥ 6                | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 3             | 3-11                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. SAAS                                                                                                                                                 | 107                 | TRASP-1       | TRASPARENZA                              | applicazione nuovo regolamento libera<br>professione                                                                                                                                   | A) Applicazione secondo il cronoprogramma<br>definito con la Direzione, per quanto di<br>competenza                                                                                                      | SI                 | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 3             | 3-11                | Line Direzione<br>Amministrativa | S.S. SAAS                                                                                                                                                 | 108                 | TRASP-12      | TRASPARENZA                              | Attuare misure in materia di trasparenza<br>(con adempimento relativi obblighi di<br>pubblicazione su Amministrazione<br>Trasparente) ed in materia di prevenzione<br>della corruzione | Attestazione adempimenti da parte del<br>Responsabile Prevenzione Corruzione e<br>Trasparenza, riportante esito di almeno un audit<br>di verifica                                                        | SI                 | 5    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 4             | 4-1                 | Direttori di<br>Dipartimento     | Direttore Dipartimento -<br>Dipartimento strutturale di<br>area chirurgica ed intensiva                                                                   | 109                 | DIP_1         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Garantire operatività del Comitato di<br>Dipartimento                                                                                                                                  | riunioni verbalizzate, anche telematiche, che<br>affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi<br>assegnati alle varie strutture afferenti                                                         | ≥ 4                | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 4             | 4-1                 | Direttori di<br>Dipartimento     | Direttore Dipartimento -<br>Dipartimento strutturale di<br>area chirurgica ed intensiva                                                                   | 110                 | DIP_32        | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Supervisione e individuazione azioni<br>correttive per raggiungere gli obiettivi<br>assegnati alle strutture afferenti,                                                                | somma pesi obiettivi raggiunti a livello<br>Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale                                                                                                                   | ≥ 85%              | 70   | tenendo conto del relativo<br>peso                                                                                                                                                                                                                                                              | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 4             | 4-2                 | Direttori di<br>Dipartimento     | Direttore Dipartimento –<br>Dipartimento strutturale di<br>area medica e oncologia                                                                        | 111                 | DIP_2         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Garantire operatività del Comitato di<br>Dipartimento                                                                                                                                  | riunioni verbalizzate, anche telematiche, che<br>affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi<br>assegnati alle varie strutture afferenti                                                         | ≥ 4                | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 4             | 4-2                 | Direttori di<br>Dipartimento     | Direttore Dipartimento –<br>Dipartimento strutturale di<br>area medica e oncologia                                                                        | 112                 | DIP_33        | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Supervisione e individuazione azioni<br>correttive per raggiungere gli obiettivi<br>assegnati alle strutture afferenti,                                                                | somma pesi obiettivi raggiunti a livello<br>Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale                                                                                                                   | ≥ 85%              | 70   | tenendo conto del relativo<br>peso                                                                                                                                                                                                                                                              | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 4             | 4-3                 | Direttori di<br>Dipartimento     | Direttore Dipartimento –<br>Dipartimento strutturale di<br>area medica e specialistica                                                                    | 113                 | DIP_3         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Garantire operatività del Comitato di<br>Dipartimento                                                                                                                                  | riunioni verbalizzate, anche telematiche, che<br>affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi<br>assegnati alle varie strutture afferenti                                                         | ≥ 4                | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 4             | 4-3                 | Direttori di<br>Dipartimento     | Direttore Dipartimento –<br>Dipartimento strutturale di<br>area medica e specialistica                                                                    | 114                 | DIP_34        | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Supervisione e individuazione azioni<br>correttive per raggiungere gli obiettivi<br>assegnati alle strutture afferenti,                                                                | somma pesi obiettivi raggiunti a livello<br>Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale                                                                                                                   | ≥ 85%              | 70   | tenendo conto del relativo<br>peso                                                                                                                                                                                                                                                              | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione<br>Sanitaria      | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 115                 | APP-15        | APPROPRIATEZZA                           | Implementazione del percorso del paziente<br>sottoposto a chirurgia maggiore, nella fase<br>del pre ricovero sulla base del modello<br>ERAS                                            | Documentazione sul percorso definito                                                                                                                                                                     | SI                 | 50   | si applica a :<br>Prericovero                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione<br>Sanitaria      | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 116                 | EF_ORG-9      | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Collaborazione con Strutture del<br>Dipartimento Chirurgico alla riduzione dello<br>StartTime Tardiness                                                                                | n° check list quotidiane con Sala Operatoria<br>pronta per inizio intervento / tot n° check list<br>quotidiane                                                                                           | ≥90%               | 40   | si applica a :<br>Sala Operatoria                                                                                                                                                                                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione<br>Sanitaria      | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 117                 | EF_ORG-<br>18 | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | formazione personale infermieristico e di<br>supporto attraverso l'adozione del piano di<br>formazione con il rispetto dei tempi<br>previsti.                                          | n. Infermieri e OSS formati nel rispetto del piano<br>di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri<br>ed OSS da formare                                                                             | ≥90%               | 15   | si applica a :<br>Sala Operatoria                                                                                                                                                                                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione<br>Sanitaria      | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 118                 | EF_ORG-<br>22 | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Identificazione e attivazione quotidiana di<br>un referente infermieristico per interfaccia<br>con bed manager e NOCC                                                                  | A) Pianificazione mensile inviata al bed<br>manager/NOCC entro il 25 del mese precedente<br>B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le<br>ore 10 da parte del Referente / n° totale giorni<br>feriali | A) 100%<br>B) 100% | 30   | si applica a :<br>Tutte le strutture di degenza<br>(rilevazione con relazione<br>BM/NOCC)<br>Ripartizione peso:<br>A) 15<br>B) 15                                                                                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA | STRUTTURA                                                                                                                                                 | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB        | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                             | INDICATORE                                                                                                                       | VALORE<br>ATTESO | PESO | NOTE                                                                                                                        | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                     |
|---------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 5             | 5-1                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 119                 | EF_ORG-<br>26 | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Inserimento personale infermieristico e di<br>supporto                                                                                | n. Infermieri e OSS inseriti/n. Infermieri ed OSS<br>formati                                                                     | ≥80%             | 15   | si applica a :<br>Sala Operatoria                                                                                           | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 120                 | EF_ORG-<br>28 | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Monitoraggio dell' applicazione del modello<br>assistenziale personalizzato Primary<br>Nursing                                        | N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa<br>in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati<br>per chirurgia maggiore | ≥90%             | 50   | si applica a :<br>Chirurgia Generale<br>ORL<br>Week Surgery<br>Ortopedia<br>Chirurgia Toracica<br>Urologia                  | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 121                 | EF_ORG-<br>35 | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Predisposizione in collaborazione con la<br>componente medica della procedura di<br>attivazione infermiere MET entro<br>30/06/2025    | evidenza documentale                                                                                                             | SI               | 50   | si applica a :<br>Rianimazione                                                                                              | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 122                 | MON_SUP-<br>2 | MONITORAGGIO<br>ATTIVITA' DI<br>SUPPORTO | Monitoraggio periodico delle attività di<br>pulizia reparto/struttura, del Servizio<br>Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni      | Report mensile di attestazione con evidenza<br>delle non conformità, entro il giorno 5 del mese<br>successivo.                   | 12 report/anno   | 50   | si applica a :<br>DH Urologia<br>Terapia Antalgica<br>Ambulatorio Proctologia<br>Prericovero<br>Centrale di sterilizzazione | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 123                 | MON_SUP-<br>3 | MONITORAGGIO<br>ATTIVITA' DI<br>SUPPORTO | Monitoraggio periodico delle attività di<br>pulizia reparto/struttura, del Servizio<br>Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni      | Report mensile di attestazione con evidenza<br>delle non conformità, entro il giorno 5 del mese<br>successivo.                   | 12 report/anno   | 30   | si applica a :<br>Sala Operatoria                                                                                           | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 124                 | MON_SUP-<br>4 | MONITORAGGIO<br>ATTIVITA' DI<br>SUPPORTO | Monitoraggio periodico delle attività di<br>pulizia reparto/struttura, del Servizio<br>Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni      | Report mensile di attestazione con evidenza<br>delle non conformità, entro il giorno 5 del mese<br>successivo.                   | 12 report/anno   | 20   | si applica a :<br>Tutte le strutture di degenza                                                                             | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 125                 | AMB-2         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Collaborazione al raggiungimento volumi<br>attività di specialistica ambulatoriale<br>erogati                                         | Numero di ambulatori sospesi per assenza<br>personale d'assistenza / totale degli ambulatori<br>attivati (report mensile)        | <5%              | 50   | si applica a :<br>D.H. Urologia<br>Terapia Antalgica<br>Ambulatorio. Proctologia                                            | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-1                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori sanitari ,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Chirurgica ed Intensiva) | 126                 | SIC_SO-6      | SICUREZZA E<br>SORVEGLIANZA              | Sorveglianza degli eventi avversi nei<br>processi di lavoro con attuazione di audit<br>in caso di evento occorso.                     | N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi<br>avversi occorsi                                                            | ≥90%             | 50   | si applica a :<br>Centrale sterilizzazione                                                                                  | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)      | 127                 | APP-12        | APPROPRIATEZZA                           | Corretta segnalazione al NOCC dei casi di<br>competenza, in collaborazione con<br>componente medica (per setting e<br>documentazione) | Segnalazioni corrette / totale segnalazioni                                                                                      | ≥90%             | 20   | si applica a :<br>Pronto Soccorso                                                                                           | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)      | 128                 | EF_ORG-<br>12 | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Completamento processo di<br>informatizzazione delle richieste pasto dei<br>pazienti ricoverati/operatori inamovibili.                | Report mensile che evidenzia riunioni formative e<br>assistenza operativa all'utilizzo dell'applicativo                          | 12/anno          | 50   | si applica a :<br>Nutrizione clinica e Dietologa                                                                            | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA | STRUTTURA                                                                                                                                             | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB    | MACRO OBIETTIVO                    | OBIETTIVO                                                                                                                                                                  | INDICATORE                                                                                                                                                                                      | VALORE<br>ATTESO   | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                   | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                  |
|---------------|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)  | 129                 | EF_ORG-23 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Identificazione e attivazione quotidiana di un referente infermieristico per interfaccia con bed manager e NOCC                                                            | A) Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente<br>B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10 da parte del Referente / n° totale giorni feriali | A) 100%<br>B) 100% | 30   | si applica a :<br>Tutte le strutture di degenza (rilevazione con relazione BM/NOCC)<br>Ripartizione peso:<br>A) 15<br>B) 15                                                            | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)  | 130                 | EF_ORG-29 | 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%               | 50   | si applica a :<br>Med. Interna a indirizzo ematologico<br>Geriatria<br>Med. Urgenza<br>Oncologia Medica<br>Medicina Interna<br>Nefrologia                                              | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)  | 131                 | EF_ORG-37 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Revisione dell'organizzazione dei percorsi di archiviazione blocchetti e vetrini come da LG ministeriali.                                                                  | (tempo medio di recupero dei materiali anno 2025 -tempo medio di recupero dei materiali anno 2023) /tempo medio di recupero dei materiali anno 2023                                             | <20%               | 50   | si applica a :<br>Anatomia Patologica                                                                                                                                                  | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)  | 132                 | MON_SUP-5 | 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     | 50   | si applica a :<br>DH Oncologia<br>Medica/Polmonare<br>Anatomia Patologica<br>Radiologia<br>Ambulatorio Diabetologia<br>DH Internistico<br>Microcitemie<br>DH Ematologico<br>Nefrologia | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)  | 133                 | MON_SUP-7 | 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     | 20   | si applica a :<br>Tutte le strutture di degenza                                                                                                                                        | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)  | 134                 | MON_SUP-6 | 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     | 40   | si applica a :<br>Pronto Soccorso                                                                                                                                                      | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)  | 135                 | AMB-3     | 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%                | 50   | si applica a :<br>Microcitemie<br>DH Ematologia<br>DH Oncologia Medica e<br>Polmonare<br>Amb. Diabetologia<br>DH Internistico<br>Radiologia<br>Nutrizione clinica e Dietologia         | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-2                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica ed Oncologia)  | 136                 | SIC_SO-5  | SICUREZZA E SORVEGLIANZA           | Promuovere un sistema di relazioni efficaci al fine di ridurre il fenomeno delle aggressioni, attraverso Focus group mirati con analisi di casi critici reali o potenziali | report/anno di focus group (x operatore) con partecipazione a rotazione di almeno il 90% del personale afferente                                                                                | ≥ 2                | 40   | si applica a :<br>Pronto Soccorso                                                                                                                                                      | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-3                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA<br>(Coordinatori Sanitari,<br>Professionisti sanitari e<br>Personale di supporto<br>all'assistenza - Dipartimento<br>Area Medica Specialistica) | 137                 | APP-3     | 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                 | 50   | si applica a :<br>Servizio Trasfusionale                                                                                                                                               | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA | STRUTTURA                                                                                                                                                                                     | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB    | MACRO OBIETTIVO                    | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                  | INDICATORE                                                                                                                                                                                      | VALORE<br>ATTESO       | PESO | NOTE                                                                                                                                              | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                  |
|---------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 5             | 5-3                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica)                                                        | 138                 | EF_ORG-7  | 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%                    | 50   | si applica a :<br>DH Cresm<br>Amb. Neurologia<br>Centro Endoscopico<br>Amb FPR<br>Amb. Cardio Emodinamica<br>Amb e DH MFNR<br>Laboratorio Analisi | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-3                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica)                                                        | 139                 | EF_ORG-24 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Identificazione e attivazione quotidiana di un referente infermieristico per interfaccia con bed manager e NOCC                                                                            | A) Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente<br>B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10 da parte del Referente / n° totale giorni feriali | A) 100%<br>B) 100%     | 30   | si applica a :<br>Tutte le strutture di degenza (rilevazione con relazione BM/NOCC)<br>Ripartizione peso:<br>A) 15<br>B) 15                       | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-3                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica)                                                        | 140                 | EF_ORG-30 | 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%                   | 50   | si applica a :<br>Cardiologia<br>Pneumologia<br>MFNR<br>Psichiatria<br>Neurologia                                                                 | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-3                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica)                                                        | 141                 | MON_SUP-8 | 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         | 20   | si applica a :<br>Tutte le strutture di degenza                                                                                                   | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-3                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica)                                                        | 142                 | MON_SUP-9 | 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         | 50   | si applica a :<br>DH Cresm<br>Amb. Neurologia<br>Centro Endoscopia<br>Amb. FPR<br>Trasfusionale<br>Emodinamica<br>Amb/DH MFR<br>Lab. Analisi      | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-4                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione)                                                                                                                    | 143                 | EF_ORG-10 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Collaborazione con Strutture del Dipartimento Chirurgico alla riduzione dello StartTime Tardiness                                                                                          | n° check list quotidiane con Sala Operatoria pronta per inizio intervento / tot n° check list quotidiane                                                                                        | ≥90%                   | 20   |                                                                                                                                                   | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-4                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione)                                                                                                                    | 144                 | EF_ORG-11 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Collaobrazione con la S.S.D. Sale Operatorie nell'efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2024                                                                     | Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici                                                | evidenza documentale   | 10   |                                                                                                                                                   | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-4                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione)                                                                                                                    | 145                 | EF_ORG-13 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Coordinamento del progetto 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 modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-4                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione)                                                                                                                    | 146                 | FORM-2    | FORMAZIONE                         | Elaborazione in integrazione con Coordinatori/tutor di S.C. Risorse Umane- Corsi Laurea Professioni Sanitarie e DMPO di progetti organizzativi/formativi.                                  | N° progetti eleaborati                                                                                                                                                                          | 3                      | 20   |                                                                                                                                                   | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-4                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione)                                                                                                                    | 147                 | GOV-1     | GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO    | A)Elaborazione entro il 28 febbraio del Cronoprogramma del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero<br>B) Completamento entro il 31/12/2025 delle fasi anno 2025 del cronoprogramma | A) Data consegna Cronoprogramma<br>B) evidenza documentale                                                                                                                                      | A) 28/02/2025<br>B) SI | 10   |                                                                                                                                                   | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-4                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione)                                                                                                                    | 148                 | MON-7     | MONITORAGGIO                       | Monitoraggio applicazione nuovo modello di bed management.                                                                                                                                 | Rilevazione mensile su giorno indice e compilazione della scheda progetto                                                                                                                       | 12 rilevazioni/anno    | 20   |                                                                                                                                                   | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |
| 5             | 5-5                 | Line Direzione Sanitaria       | DIPSA (Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali - compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia) | 149                 | MON_SUP-1 | MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO | Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo.                                                                                                | Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.                                                                                        | 12 report/anno         | 50   |                                                                                                                                                   | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata |



| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                           | STRUTTURA                                                                                                                                                                                     | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB    | MACRO OBIETTIVO                    | OBIETTIVO                                                                                                                            | INDICATORE                                                                                                                                                                                                               | VALORE<br>ATTESO         | PESO          | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                   | Albero della<br>performance -<br>pilastro | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                 |
|---------------|---------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 5             | 5-5                 | Line Direzione Sanitaria                                 | DIPSA (Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali - compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia) | 150                 | SIC_SO-7  | 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 modifica/integrazione apportata                |
| 6             | 6-1                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione                                                                                                                                                             | 151                 | APP-8     | 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%                    | 14            |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata                |
| 6             | 6-1                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione                                                                                                                                                             | 152                 | APP-27    | 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%                     | 18            |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area qualità clinica ed assistenziale     | nessuna modifica/integrazione apportata                |
| 6             | 6-1                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione                                                                                                                                                             | 153                 | EF_COST-4 | EFFICIENTAMENTO COSTI              | Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                         | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                                               | > del dato 2024          | 16            | sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati                                                                                                                                                                 | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifica/integrazione apportata                |
| 6             | 6-1                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione                                                                                                                                                             | 154                 | EF_ORG-34 | EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO      | Predisposizione in collaborazione con la componente infermieristica della procedura di attivazione infermiere MET entro 30/06/2025   | evidenza documentale                                                                                                                                                                                                     | SI                       | 10            |                                                                                                                                                                                                                                                        | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata                |
| 6             | 6-1                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione                                                                                                                                                             | 155                 | DIP_21    | OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                            | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                                                                                                                                                  | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 14            | 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 modifica/integrazione apportata                |
| 6             | 6-1                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione                                                                                                                                                             | 156                 | OB_REG2   | OBIETTIVO REGIONALE                | Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) e Dispositivi Medici rispetto al 2024                      | A) spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024<br>B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024 | A) ≤ 96%<br>B) ≤ 90%     | A) 4<br>B) 10 | L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCOSSO 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                       | definito obiettivo in coerenza con obiettivi regionali |
| 6             | 6-1                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione                                                                                                                                                             | 157                 | PROD-2    | PRODUZIONE                         | Incremento del valore della produzione rispetto al 2024                                                                              | (produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024                                                                                                                                                                    | ≥2,5%                    | 14            | Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)                                      | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata                |
| 6             | 6-2                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Generale                                                                                                                                                                   | 158                 | EF_COST-5 | EFFICIENTAMENTO COSTI              | Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                         | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                                               | > del dato 2024          | 16            | sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati                                                                                                                                                                 | Area Gestione Spesa                       | nessuna modifica/integrazione apportata                |
| 6             | 6-2                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Generale                                                                                                                                                                   | 159                 | CUP-2     | FLUSSO CUP E FLUSSO C              | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consumate                                                | prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                                                  | ≥1                       | 14            | il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                          | Area Organizzativa                        | nessuna modifica/integrazione apportata                |
| 6             | 6-2                 | Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Generale                                                                                                                                                                   | 160                 | DIP_22    | OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                            | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                                                                                                                                                  | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 14            | 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 modifica/integrazione apportata                |



| n° art<br>org | n° strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                    | STRUTTURA                   | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB        | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                          | INDICATORE                                                                                                | VALORE<br>ATTESO         | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                              | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|---------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 6             | 6-2              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Generale | 161                 | OB_REG3       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici<br>rispetto al 2024                                                                                                     | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 /<br>spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x<br>100 | ≤ 90%                    | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                           | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 6             | 6-2              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Generale | 162                 | AMB-4         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore) | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                        | > 1                      | 10   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                              | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-2              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Generale | 163                 | PROD-3        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                  | ≥2,5%                    | 16   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-2              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Generale | 164                 | CH-1          | RICOVERI<br>CHIRURGICI                   | Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e<br>3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al<br>dato 2024)                                                               | (Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri<br>Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100                          | > 100%                   | 16   | criteri regionali di inclusione:<br>solo DRG chirurgici, no ricoveri<br>urgenti, no ricoveri con data di<br>prenotazione e di ricovero<br>uguale                                                                                                                                  | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-3              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Toracica | 165                 | CM-1          | CASE MIX                                 | Aumento complessità dell'attività<br>chirurgica.                                                                                                                   | (Peso medio DRG chirurgico 2025/ Peso medio<br>DRG chirurgico 2024) x 100                                 | ≥ 100%                   | 12   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-3              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Toracica | 166                 | EF_COST-<br>6 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                | > del dato 2024          | 20   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                      | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-3              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Toracica | 167                 | DIP_23        | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al<br>2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                                                       | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-<br>TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                               | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 14   | L'obiettivo viene valutato come<br>dato complessivo del<br>Dipartimento cui<br>contribuiscono tutte le strutture<br>dipartimentali.<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-3              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Toracica | 168                 | OB_REG4       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici<br>rispetto al 2024                                                                                                     | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 /<br>spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x<br>100 | ≤ 90%                    | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                           | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 6             | 6-3              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Toracica | 169                 | PROD-4        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                  | ≥ 5%                     | 20   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-3              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Chirurgia Toracica | 170                 | CH-2          | RICOVERI<br>CHIRURGICI                   | Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e<br>3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al<br>dato 2024)                                                               | (Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri<br>Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100                          | > 100%                   | 20   | criteri regionali di inclusione:<br>solo DRG chirurgici, no ricoveri<br>urgenti, no ricoveri con data di<br>prenotazione e di ricovero<br>uguale                                                                                                                                  | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |

| n° art<br>org | n° strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                    | STRUTTURA                   | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB        | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                          | INDICATORE                                                                                               | VALORE<br>ATTESO         | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                              | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|---------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 6             | 6-4              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Odontostomatologia | 171                 | CM-2          | CASE MIX                                 | Aumento complessità dell'attività<br>chirurgica.                                                                                                                   | (Peso medio DRG chirurgico 2025/ Peso medio<br>DRG chirurgico 2024) x 100                                | ≥ 100%                   | 15   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-4              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Odontostomatologia | 172                 | EF_COST-<br>7 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                               | > del dato 2024          | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                      | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-4              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Odontostomatologia | 173                 | CUP-3         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                     | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                               | ≥1                       | 20   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-4              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Odontostomatologia | 174                 | DIP_24        | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al<br>2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                                                       | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-<br>TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                              | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 14   | L'obiettivo viene valutato come<br>dato complessivo del<br>Dipartimento cui<br>contribuiscono tutte le strutture<br>dipartimentali.<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-4              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Odontostomatologia | 175                 | PROD-5        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                 | ≥ 5%                     | 20   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-4              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Odontostomatologia | 176                 | CH-3          | RICOVERI<br>CHIRURGICI                   | Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e<br>3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al<br>dato 2024)                                                               | (Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri<br>Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100                         | > 100%                   | 16   | criteri regionali di inclusione:<br>solo DRG chirurgici, no ricoveri<br>urgenti, no ricoveri con data di<br>prenotazione e di ricovero<br>uguale                                                                                                                                  | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-5              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Oftalmologia       | 177                 | EF_COST-<br>8 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                               | > del dato 2024          | 20   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                      | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-5              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Oftalmologia       | 178                 | CUP-4         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                     | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                               | ≥1                       | 12   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-5              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Oftalmologia       | 179                 | DIP_25        | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al<br>2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                                                       | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-<br>TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                              | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 14   | L'obiettivo viene valutato come<br>dato complessivo del<br>Dipartimento cui<br>contribuiscono tutte le strutture<br>dipartimentali.<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-5              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Oftalmologia       | 180                 | OB_REG5       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per<br>visite e prestazioni ambulatoriali<br>PNGLA di i nteresse per classi di priorità<br>UBDP                           | tempo di attea 2025 ≤ tempi previsti<br>(o in alternativa tempo di attea 2025 < tempo di<br>attesa 2024) | SI                       | 14   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 6             | 6-5              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Oftalmologia       | 181                 | AMB-5         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore) | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                       | > 1                      | 20   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                              | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |

| n° art<br>org | n° strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                    | STRUTTURA                             | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                          | INDICATORE                                                                                                | VALORE<br>ATTESO         | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                              | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 6             | 6-5              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Oftalmologia                 | 182                 | PROD-6         | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                  | ≥2,5%                    | 20   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Ortopedia e<br>Traumatologia | 183                 | APP-28         | APPROPRIATEZZA                           | Proporzione di ricoveri per frattura del collo<br>del femore con intervento chirurgico entro<br>48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.                         | Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS<br>/ totale fratture femore                              | ≥70%                     | 18   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Ortopedia e<br>Traumatologia | 184                 | EF_COST-<br>9  | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                | > del dato 2024          | 14   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                      | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Ortopedia e<br>Traumatologia | 185                 | DIP_26         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al<br>2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                                                       | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-<br>TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                               | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 14   | L'obiettivo viene valutato come<br>dato complessivo del<br>Dipartimento cui<br>contribuiscono tutte le strutture<br>dipartimentali.<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Ortopedia e<br>Traumatologia | 186                 | OB_REG6        | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici<br>rispetto al 2024                                                                                                     | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 /<br>spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x<br>100 | ≤ 90%                    | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                           | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 6             | 6-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Ortopedia e<br>Traumatologia | 187                 | AMB-6          | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore) | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                        | > 1                      | 10   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                              | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Ortopedia e<br>Traumatologia | 188                 | PROD-7         | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                  | ≥2,5%                    | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Ortopedia e<br>Traumatologia | 189                 | CH-4           | RICOVERI<br>CHIRURGICI                   | Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e<br>3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al<br>dato 2024)                                                               | (Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri<br>Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100                          | > 100%                   | 15   | criteri regionali di inclusione:<br>solo DRG chirurgici, no ricoveri<br>urgenti, no ricoveri con data di<br>prenotazione e di ricovero<br>uguale                                                                                                                                  | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Otorinolaringoiatria         | 190                 | EF_COST-<br>10 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                | > del dato 2024          | 16   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                      | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 6             | 6-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Otorinolaringoiatria         | 191                 | CUP-5          | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                     | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                | ≥1                       | 12   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |

| n° art<br>org | n° strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                    | STRUTTURA                     | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                          | INDICATORE                                                                                                | VALORE<br>ATTESO         | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                              | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 6             | 6-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Otorinolaringoiatria | 192                 | DIP_27         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al<br>2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                                                       | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-<br>TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                               | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 14   | L'obiettivo viene valutato come<br>dato complessivo del<br>Dipartimento cui<br>contribuiscono tutte le strutture<br>dipartimentali.<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 6             | 6-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Otorinolaringoiatria | 193                 | OB_REG7        | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per<br>visite e prestazioni ambulatoriali<br>PNGLA di i nteresse per classi di priorità<br>UBDP                           | tempo di attea 2025 ≤ tempi previsti<br>(o in alternativa tempo di attea 2025 < tempo di<br>attea 2024)   | SI                       | 14   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 6             | 6-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Otorinolaringoiatria | 194                 | AMB-7          | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore) | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2019                                                        | > 1                      | 13   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                              | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 6             | 6-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Otorinolaringoiatria | 195                 | PROD-8         | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                  | ≥ 5%                     | 16   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 6             | 6-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Otorinolaringoiatria | 196                 | CH-5           | RICOVERI<br>CHIRURGICI                   | Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e<br>3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al<br>dato 2024)                                                               | (Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri<br>Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100                          | > 100%                   | 15   | criteri regionali di inclusione:<br>solo DRG chirurgici, no ricoveri<br>urgenti, no ricoveri con data di<br>prenotazione e di ricovero<br>uguale                                                                                                                                  | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 6             | 6-8              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Urologia             | 197                 | EF_COST-<br>11 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                | > del dato 2024          | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                      | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 6             | 6-8              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Urologia             | 198                 | CUP-6          | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                     | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                | ≥1                       | 12   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 6             | 6-8              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Urologia             | 199                 | DIP_28         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al<br>2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                                                       | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-<br>TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                               | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 14   | L'obiettivo viene valutato come<br>dato complessivo del<br>Dipartimento cui<br>contribuiscono tutte le strutture<br>dipartimentali.<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 6             | 6-8              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Urologia             | 200                 | OB_REG8        | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici<br>rispetto al 2024                                                                                                     | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 /<br>spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x<br>100 | ≤ 90%                    | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                           | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 6             | 6-8              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Urologia             | 201                 | AMB-8          | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore) | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                        | > 1                      | 14   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                              | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |

| n° art<br>org | n° strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                    | STRUTTURA                                         | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                    | INDICATORE                                                                                                                                                                                                      | VALORE<br>ATTESO                      | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                              | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                             |
|---------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 6             | 6-8              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Urologia                                 | 202                 | PROD-9         | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                   | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                                        | ≥2,5%                                 | 16   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-8              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.C.D.U. Urologia                                 | 203                 | CH-6           | RICOVERI<br>CHIRURGICI                   | Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e<br>3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al<br>dato 2024)                                                                                         | (Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri<br>Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100                                                                                                                                | > 100%                                | 15   | criteri regionali di inclusione:<br>solo DRG chirurgici, no ricoveri<br>urgenti, no ricoveri con data di<br>prenotazione e di ricovero<br>uguale                                                                                                                                  | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-9              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Day Week Surgery                           | 204                 | EF_ORG-<br>17  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | efficientamento Tasso di Occupazione,<br>attraverso anche pianificazione e<br>monitoraggio della gestione dei posti letto<br>dipartimentali, in stretta collaborazione con<br>il Bed Manager | Tasso di occupazione posti letto 2025                                                                                                                                                                           | ≥ 85%                                 | 50   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-9              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Day Week Surgery                           | 205                 | EF_ORG-<br>38  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Riorganizzazione ed efficientamento del<br>servizio di Prericovero                                                                                                                           | Stesura e attuazione del progetto                                                                                                                                                                               | evidenza<br>documentale               | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-9              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Day Week Surgery                           | 206                 | EF_ORG-<br>50  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Stesura Regolamento Utilizzo e<br>Funzionamento della Week Surgery                                                                                                                           | Stesura del Regolamento                                                                                                                                                                                         | evidenza<br>documentale               | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-10             | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. LEAN e Percorso<br>Chirurgico              | 207                 | EF_ORG-6       | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | attuazione percorsi interni                                                                                                                                                                  | attuazione dei percorsi Lean applicati al<br>Percorso Chirurgico individuati nel 2024                                                                                                                           | evidenza<br>documentale               | 35   | relazione validata da DMPO                                                                                                                                                                                                                                                        | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-10             | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. LEAN e Percorso<br>Chirurgico              | 208                 | EF_ORG-<br>27  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Lean blocchi operatori                                                                                                                                                                       | Identificazione, monitoraggio e discussione con<br>gli operatori del Blocco Operatorio di almeno 2<br>nuovi indicatori evidenziati nel percorso Lean<br>ulteriori rispetto agli indicatori individuati nel 2024 | evidenza<br>documentale               | 40   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-10             | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. LEAN e Percorso<br>Chirurgico              | 209                 | DIP_29         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al<br>2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                                                                                 | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-<br>TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                                                                                                                                     | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65%              | 25   | L'obiettivo viene valutato come<br>dato complessivo del<br>Dipartimento cui<br>contribuiscono tutte le strutture<br>dipartimentali.<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-11             | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Medicina del Dolore e<br>Terapia Antalgica | 210                 | APP-14         | APPROPRIATEZZA                           | Elaborazione di protocolli aziendali per la<br>gestione del dolore in collaborazione con<br>S.S. Qualità                                                                                     | n° protocolli                                                                                                                                                                                                   | ≥ 2                                   | 20   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-11             | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Medicina del Dolore e<br>Terapia Antalgica | 211                 | EF_COST-<br>12 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                              | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                                      | > del dato 2024                       | 10   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                      | Area Gestione<br>Spesa                      | rimodulato peso (precedente era<br>20)                             |
| 6             | 6-11             | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Medicina del Dolore e<br>Terapia Antalgica | 211,1               | OB_REG31       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici<br>rispetto al 2024                                                                                                                               | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 /<br>spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x<br>100                                                                                                       | ≤ 90%                                 | 10   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                           | Area Gestione<br>Spesa                      | nuovo - definito obiettivo in<br>coerenza con obiettivi regionali- |
| 6             | 6-11             | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Medicina del Dolore e<br>Terapia Antalgica | 212                 | EF_ORG-<br>33  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Predisposizione e rispetto turnistica<br>anestesiologica presso CLOSER                                                                                                                       | report                                                                                                                                                                                                          | Evidenza<br>documentale<br>turnistica | 15   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |
| 6             | 6-11             | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Medicina del Dolore e<br>Terapia Antalgica | 213                 | CUP-7          | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                                               | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                                      | ≥1                                    | 11   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                         |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                    | STRUTTURA                                         | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                  | INDICATORE                                                                                                                                             | VALORE<br>ATTESO         | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                              | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                             |
|---------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 6             | 6-11                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Medicina del Dolore e<br>Terapia Antalgica | 214                 | DIP_30         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al<br>2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                               | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-<br>TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                                                                            | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 14   | L'obiettivo viene valutato come<br>dato complessivo del<br>Dipartimento cui<br>contribuiscono tutte le strutture<br>dipartimentali.<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 6             | 6-11                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Medicina del Dolore e<br>Terapia Antalgica | 215                 | PROD-10        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                 | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                               | ≥2,5%                    | 20   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 6             | 6-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Sale Operatorie                            | 216                 | APP-29         | APPROPRIATEZZA                           | Proporzione di ricoveri per frattura del collo<br>del femore con intervento chirurgico entro<br>48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni. | Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS<br>/ totale fratture femore                                                                           | ≥70%                     | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 6             | 6-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Sale Operatorie                            | 217                 | EF_ORG-<br>16  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | efficientamento dell'utilizzo delle sale<br>operatorie rispetto al 2024                                                                    | Incremento sedute di sala operatoria registrate<br>secondo indicazione della Direzione Strategica<br>mediante la predisposizione di progetti specifici | evidenza<br>documentale  | 20   | relazione validata da DMPO                                                                                                                                                                                                                                                        | Area<br>Organizzativa                       | rimodulato peso (precedente era<br>30)                             |
| 6             | 6-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Sale Operatorie                            | 217,1               | OB_REG32       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici<br>rispetto al 2024                                                                             | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 /<br>spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x<br>100                                              | ≤ 90%                    | 10   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                           | Area Gestione<br>Spesa                      | nuovo - definito obiettivo in<br>coerenza con obiettivi regionali- |
| 6             | 6-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Sale Operatorie                            | 218                 | DIP_31         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento tempi di sala rispetto al<br>2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)                                                               | A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-<br>TIME TARDINESS 2025<br>B- VAT 2025                                                                            | A ≥ 25 minuti<br>B ≥ 65% | 30   | L'obiettivo viene valutato come<br>dato complessivo del<br>Dipartimento cui<br>contribuiscono tutte le strutture<br>dipartimentali.<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 6             | 6-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>chirurgica ed<br>intensiva | S.S.D. Sale Operatorie                            | 219                 | CH-7           | RICOVERI<br>CHIRURGICI                   | Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e<br>3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al<br>dato 2024)                                       | (Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri<br>Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100                                                                       | > 100%                   | 15   | VIENE CONSIDERATO IL<br>VALORE DIPARTIMENTALE<br>TOTALE . Criteri regionali di<br>inclusione: solo DRG<br>chirurgici, no ricoveri urgenti,<br>no ricoveri con data di<br>prenotazione e di ricovero<br>uguale                                                                     | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-13                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia         | S.S.D. Endoscopia Digestiva                       | 220                 | EF_COST-<br>13 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                            | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                             | > del dato 2024          | 18   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                      | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-13                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia         | S.S.D. Endoscopia Digestiva                       | 221                 | CUP-8          | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                             | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                             | ≥1                       | 10   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-13                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia         | S.S.D. Endoscopia Digestiva                       | 222                 | DIP_4          | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                    | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                     | < al dato 2024           | 15   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                                             | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-13                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia         | S.S.D. Endoscopia Digestiva                       | 223                 | OB_REG9        | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per<br>visite e prestazioni ambulatoriali<br>PNGLA di i nteresse per classi di priorità<br>UBDP   | tempo di attea 2025 ≤ tempi previsti<br>(o in alternativa tempo di attea 2025 < tempo di<br>attesa 2024)                                               | SI                       | 14   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali          |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                            | STRUTTURA                                           | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                         | INDICATORE                                                                                                                | VALORE<br>ATTESO     | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                    | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 7             | 7-13                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Endoscopia Digestiva                         | 224                 | AMB-9          | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore)                                                                                                | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2019                                                                        | > 1                  | 15   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                    | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-13                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Endoscopia Digestiva                         | 225                 | PROD-11        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione                                                                                                                                                                                                                            | produzione 2025                                                                                                           | ≥2023                | 18   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-13                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Endoscopia Digestiva                         | 226                 | SCR-1          | SCREENING                                | Screening Colo-rettale età 50-74 anni:<br>esecuzione di tutti gli esami ricevuti<br>all'interno del progetto Serena                                                                                                                                               | eseami eseguiti/ esami ricevuti                                                                                           | 100%                 | 10   |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-14                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Microcitemie e Malattie<br>Rare Ematologiche | 227                 | APP-24         | APPROPRIATEZZA                           | Presa in carico clinico-assistenziale<br>globale del paziente affetto da Talassemia.<br>Applicazione e monitoraggio PDTA<br>dedicato<br>A) verifica trimestrale del numero di<br>pazienti arruolati rispetto al tempo zero<br>B) Incontri con associazione malati | A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti<br>arruolati 2024<br>B) n° incontri l'anno                                    | A) >1<br>B) almeno 3 | 20   |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-14                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Microcitemie e Malattie<br>Rare Ematologiche | 228                 | EF_COST-<br>14 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                   | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                | > del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-14                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Microcitemie e Malattie<br>Rare Ematologiche | 229                 | CUP-9          | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                                                                                                                    | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                | ≥1                   | 16   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-14                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Microcitemie e Malattie<br>Rare Ematologiche | 230                 | OB_REG10       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                  | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024 | ≤ 96%                | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 7             | 7-14                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Microcitemie e Malattie<br>Rare Ematologiche | 231                 | PROD-12        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                        | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                  | ≥ 3%                 | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-14                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Microcitemie e Malattie<br>Rare Ematologiche | 232                 | PROD-35        | PRODUZIONE                               | Incremento delle visite in modalità di<br>telemedicina ( visite di controllo)                                                                                                                                                                                     | N° visite telemedicina 2025                                                                                               | > del dato 2024      | 20   |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-15                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Nefrologia                                   | 233                 | EF_COST-<br>15 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                   | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                | > del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-15                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Nefrologia                                   | 234                 | CUP-10         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                                                                                                                    | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                | ≥1                   | 12   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-15                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Nefrologia                                   | 235                 | DIP_5          | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                           | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                        | < al dato 2024       | 14   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |



| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                            | STRUTTURA                                | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO              | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                    | INDICATORE                                                                                                                | VALORE<br>ATTESO     | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 7             | 7-15                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Nefrologia                        | 236                 | OB_REG11       | OBIETTIVO<br>REGIONALE       | Incremento prestazioni erogate in modalità<br>telemedicina                                                                                                                                                                                                   | N° viste telemedicina 2025                                                                                                | ≥ 150                | 14   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi del POA   |
| 7             | 7-15                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Nefrologia                        | 237                 | PROD-13        | PRODUZIONE                   | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                   | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                  | ≥2,5%                | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                                                                                                                                                                                                                          | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-15                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Nefrologia                        | 238                 | PROD-36        | PRODUZIONE                   | Incremento delle visite in modalità di<br>telemedicina ( visite di controllo)                                                                                                                                                                                | N° visite telemedicina 2025                                                                                               | ≥ 150                | 30   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-16                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Oncologia Polmonare               | 239                 | EF_COST-<br>16 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI     | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                              | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                | > del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-16                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Oncologia Polmonare               | 240                 | CUP-11         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C     | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                                                                                                               | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                | ≥1                   | 12   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-16                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Oncologia Polmonare               | 241                 | OB_REG12       | OBIETTIVO<br>REGIONALE       | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                             | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024 | ≤ 96%                | 14   | - L'OBIETTIVO E' COMUNE<br>CON LA S.C.D.U.<br>ONCOLOGIA MEDICA E IL<br>RAGGIUNGIMENTO VIENE<br>VALUTATO NEL<br>COMPLESSO DELLE DUE<br>STRUTTURE (COMPRESI I<br>COSTI ADDEBITATI AL DH<br>ONCOLOGICO<br>CENTRALIZZATO)<br>- L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 7             | 7-16                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Oncologia Polmonare               | 242                 | AMB-10         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore)                                                                                           | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                                        | > 1                  | 9    | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-16                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Oncologia Polmonare               | 243                 | PROD-14        | PRODUZIONE                   | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                   | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                  | ≥2,5%                | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                                                                                                                                                                                                                          | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-16                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Oncologia Polmonare               | 244                 | PROD-37        | PRODUZIONE                   | Incremento delle visite in modalità di<br>telemedicina ( visite di controllo)                                                                                                                                                                                | N° visite telemedicina 2025                                                                                               | > del dato 2024      | 35   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-17                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Week Day Hospital<br>Internistico | 245                 | APP-25         | APPROPRIATEZZA               | Presa in carico clinico-assistenziale<br>globale del paziente con Sclerodermia.<br>Applicazione e monitoraggio PDTA<br>dedicato<br>A) verifica trimestrale del numero di<br>pazienti arruolati rispetto al tempo zero<br>B) Incontri con associazione malati | A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti<br>arruolati 2024<br>B) n° incontri l'anno                                    | A) >1<br>B) almeno 3 | 35   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |



| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                            | STRUTTURA                                | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                  | OBIETTIVO                                                                                                   | INDICATORE                                                                                                                | VALORE<br>ATTESO | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                    | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 7             | 7-17                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Week Day Hospital<br>Internistico | 246                 | APP-30         | APPROPRIATEZZA                   | Proposta progetto di presa in carico di<br>pazienti affetti da patologia cronica diversa<br>da Sclerodermia | evidenza documentale                                                                                                      | SI               | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-17                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Week Day Hospital<br>Internistico | 247                 | EF_COST-<br>17 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI         | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                             | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                | > del dato 2024  | 16   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-17                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S.D. Week Day Hospital<br>Internistico | 248                 | OB_REG13       | OBIETTIVO<br>REGIONALE           | Incremento prestazioni erogate in modalità<br>telemedicina                                                  | N° viste telemedicina 2025                                                                                                | ≥ 50             | 14   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                                                                                                              | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi del POA   |
| 7             | 7-1                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | funzione Counseling Genetico             | 249                 | EF_ORG-<br>52  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO | Verifica corretta imputazione flussi C e C5<br>relativi alle analisi genetiche                              | flussi C analisi genetiche/flussi C5 analisi<br>genetiche                                                                 | 100%             | 60   | relazione della S.S. ICT                                                                                                                                                                                                                                | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-1                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | funzione Counseling Genetico             | 250                 | PROD-38        | PRODUZIONE                       | Incremento delle visite in modalità di<br>telemedicina ( visite di controllo)                               | N° visite telemedicina 2025                                                                                               | > del dato 2024  | 40   |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-2                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | Medicina Nucleare                        | 251                 | EF_COST-<br>18 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI         | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                             | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                | > del dato 2024  | 25   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-2                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | Medicina Nucleare                        | 252                 | CUP-12         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C         | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate              | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                | ≥1               | 25   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-2                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | Medicina Nucleare                        | 253                 | PROD-15        | PRODUZIONE                       | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                  | produzione 2025 - produzione 2024                                                                                         | ≥300.000 €       | 50   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Geriatria                       | 254                 | APP-16         | APPROPRIATEZZA                   | Miglioramento nell'appropriatezza delle<br>richieste dell'esame PROCALCITONINA                              | (tot esami PCT richiesti 2025/ tot pz presenti<br>2025) / (tot esami PCT richiesti 2024/ tot pz<br>presenti 2024)         | < 1              | 20   |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Geriatria                       | 255                 | EF_COST-<br>19 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI         | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                             | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                | > del dato 2024  | 20   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Geriatria                       | 256                 | CUP-13         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C         | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate              | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                | ≥1               | 12   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Geriatria                       | 257                 | OB_REG14       | OBIETTIVO<br>REGIONALE           | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024            | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024 | ≤ 96%            | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 7             | 7-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Geriatria                       | 258                 | PROD-16        | PRODUZIONE                       | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                  | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                  | ≥2,5%            | 20   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                            | STRUTTURA                                                   | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                  | OBIETTIVO                                                                                                                                                  | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                        | VALORE<br>ATTESO      | PESO          | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                    | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                             |
|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 7             | 7-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Geriatria                                          | 259                 | BOARD-3        | TEMPO DI<br>BOARDING             | rispetto del Tempo di Boarding previsto per<br>DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6<br>ore il target è riduzione di almeno il 15%<br>del dato 2024) | A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero<br>B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è<br>riduzione di almeno il 15% del dato 2024 :<br>tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024                                  | A) ≤ 6 ore<br>B ≤ 85% | 14            | nel caso B il livello di<br>raggiungimento verrà<br>modulato sul valore effettivo<br>raggiunto tra i due estremi:<br>≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% =<br>75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95%<br>< 100% = 25 ; ≥100% = 0                                                 | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Medicina e Chirurgia<br>d'Accettazione e d'Urgenza | 260                 | APP-13         | APPROPRIATEZZA                   | Corretta segnalazione al NOCC dei casi di<br>competenza, in collaborazione con<br>componente infermieristica (per setting e<br>documentazione)             | Segnalazioni corrette / totale segnalazioni                                                                                                                                                                                       | ≥90%                  | 20            |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Medicina e Chirurgia<br>d'Accettazione e d'Urgenza | 261                 | EF_COST-<br>20 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI         | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                            | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                                                        | > del dato 2024       | 13            | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target              | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Medicina e Chirurgia<br>d'Accettazione e d'Urgenza | 262                 | EF_ORG-2       | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO | Applicazione e monitoraggio del piano di<br>riorganizzazione del servizio per livelli di<br>complessità.                                                   | report trimestrale                                                                                                                                                                                                                | 4                     | 20            |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Medicina e Chirurgia<br>d'Accettazione e d'Urgenza | 263                 | OB_REG15       | OBIETTIVO<br>REGIONALE           | Efficentamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F) e<br>Dispositivi Medici rispetto al 2024                                       | A) spesa consumo ospedaliero Farmaci<br>(compreso File F) 2025 / spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024<br>B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025<br>/ spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024 | A) ≤ 96%<br>B) ≤ 90%  | A) 4<br>B) 10 | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali          |
| 7             | 7-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Medicina e Chirurgia<br>d'Accettazione e d'Urgenza | 264                 | PROD-34        | PRODUZIONE                       | Incremento del valore dell'indice di<br>Rotazione                                                                                                          | Indice rotazione 2025                                                                                                                                                                                                             | > del dato 2024       | 13            | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.O. Medicina e Chirurgia<br>d'Accettazione e d'Urgenza | 265                 | BOARD-1        | TEMPO DI<br>BOARDING             | Contenimento proporzione ricoveri da P.S.                                                                                                                  | ricoveri ospedalieri da PS 2025/totale accessi<br>PS 2025                                                                                                                                                                         | ≤ al dato 2024        | 20            |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 7             | 7-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Anatomia Patologica                                | 266                 | EF_COST-<br>21 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI         | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                            | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                                                        | > del dato 2024       | 30            | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati e<br>delle variazioni delle tariffe del<br>Nuovo Nomenclatore e al netto<br>delle Convenzioni                                                              | Area Gestione<br>Spesa                      | rimodulato peso (precedente era<br>40)                             |
| 7             | 7-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Anatomia Patologica                                | 266,1               | OB_REG29       | OBIETTIVO<br>REGIONALE           | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici<br>rispetto al 2024 x                                                                                           | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 /<br>spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x<br>100                                                                                                                         | ≤ 90%                 | 10            | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | nuovo - definito obiettivo in<br>coerenza con obiettivi regionali- |
| 7             | 7-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Anatomia Patologica                                | 267                 | PROD-41        | PRODUZIONE                       | mantenimento volumi attività rispetto al<br>2024                                                                                                           | volumi produzione 2025                                                                                                                                                                                                            | ≥ al dato 2024        | 35            | al netto delle variazioni di<br>codifica del nuovo<br>Nomenclatore e al netto delle<br>Convenzioni (produzione =<br>Flusso SDO+ Flusso C +<br>Flusso C2 non seguito da<br>ricovero+ Flusso C5)                                                          | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                            | STRUTTURA                                          | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                          | INDICATORE                                                                                                                                                                                       | VALORE<br>ATTESO      | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                    | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 7             | 7-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Anatomia Patologica                       | 268                 | SCR-2          | SCREENING                                | Screening Colo-rettale età 50-74 anni:<br>esecuzione di tutti gli esami ricevuti<br>all'interno del progetto Serena                                                | eseami eseguiti/ esami ricevuti                                                                                                                                                                  | 100%                  | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-6                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna                          | 269                 | EF_COST-<br>22 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                       | > del dato 2024       | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-6                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna                          | 270                 | CUP-14         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                     | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                       | ≥1                    | 10   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-6                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna                          | 271                 | DIP_6          | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                            | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                               | < al dato 2024        | 14   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-6                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna                          | 272                 | OB_REG16       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024                                                                   | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024                                                                        | ≤ 96%                 | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 7             | 7-6                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna                          | 273                 | AMB-11         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore) | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2019                                                                                                                                               | > 1                   | 12   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                    | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-6                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna                          | 274                 | PROD-17        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥2,5%                 | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-6                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna                          | 275                 | BOARD-4        | TEMPO DI<br>BOARDING                     | rispetto del Tempo di Boarding previsto per<br>DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6<br>ore il target è riduzione di almeno il 15%<br>del dato 2024)         | A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero<br>B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è<br>riduzione di almeno il 15% del dato 2024 :<br>tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024 | A) ≤ 6 ore<br>B ≤ 85% | 20   | nel caso B il livello di<br>raggiungimento verrà<br>modulato sul valore effettivo<br>raggiunto tra i due estremi:<br>≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% =<br>75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95%<br>< 100% = 25 ; ≥100% = 0                                                 | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-7                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna<br>indirizzo Ematologico | 276                 | EF_COST-<br>23 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                       | > del dato 2024       | 16   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-7                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna<br>indirizzo Ematologico | 277                 | CUP-15         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                     | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                       | ≥1                    | 15   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-7                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna<br>indirizzo Ematologico | 278                 | DIP_7          | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                            | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                               | < al dato 2024        | 14   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                            | STRUTTURA                                          | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                          | INDICATORE                                                                                                                                                                                       | VALORE<br>ATTESO     | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 7             | 7-7                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna<br>indirizzo Ematologico | 279                 | OB_REG17       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024                                                                   | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024                                                                        | ≤ 96%                | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 7             | 7-7                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna<br>indirizzo Ematologico | 280                 | PROD-18        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥2,5%                | 21   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                                                                                                          | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 7             | 7-7                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Medicina Interna<br>indirizzo Ematologico | 281                 | BOARD-5        | TEMPO DI<br>BOARDING                     | rispetto del Tempo di Boarding previsto per<br>DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6<br>ore il target è riduzione di almeno il 15%<br>del dato 2024)         | A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero<br>B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è<br>riduzione di almeno il 15% del dato 2024 :<br>tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024 | A)≤ 6 ore<br>B ≤ 85% | 20   | nel caso B il livello di<br>raggiungimento verrà<br>modulato sul valore effettivo<br>raggiunto tra i due estremi:<br>≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% =<br>75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95%<br>< 100% = 25 ; ≥100% = 0                                                                                                                                                            | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 7             | 7-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Oncologia Medica                          | 282                 | EF_COST-<br>24 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                       | > del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                                                                                                       | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 7             | 7-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Oncologia Medica                          | 283                 | CUP-16         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                     | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                       | ≥1                   | 10   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                                                                                                                          | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 7             | 7-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Oncologia Medica                          | 284                 | DIP_8          | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                            | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                               | < al dato 2024       | 14   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                                                                                                                              | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 7             | 7-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Oncologia Medica                          | 285                 | OB_REG18       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024                                                                   | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024                                                                        | ≤ 96%                | 14   | L'OBIETTIVO E' COMUNE<br>CON LA S.S.D. ONCOLOGIA<br>PULMONARE E IL<br>RAGGIUNGIMENTO VIENE<br>VALUTATO NEL<br>COMPLESSO DELLE DUE<br>STRUTTURE (COMPRESI I<br>COSTI ADDEBITATI AL DH<br>ONCOLOGICO<br>CENTRALIZZATO)<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 7             | 7-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Oncologia Medica                          | 286                 | AMB-12         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore) | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                                                                                                               | > 1                  | 12   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                                                                                                               | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |
| 7             | 7-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Oncologia Medica                          | 287                 | PROD-19        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥2,5%                | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                                                                                                          | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                 |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                            | STRUTTURA                                 | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                          | INDICATORE                                                                                                                                                                                       | VALORE<br>ATTESO     | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                    | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 7             | 7-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Oncologia Medica                 | 288                 | BOARD-6        | TEMPO DI<br>BOARDING                     | rispetto del Tempo di Boarding previsto per<br>DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6<br>ore il target è riduzione di almeno il 15%<br>del dato 2024)         | A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero<br>B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è<br>riduzione di almeno il 15% del dato 2024 :<br>tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024 | A)≤ 6 ore<br>B ≤ 85% | 20   | nel caso B il livello di<br>raggiungimento verrà<br>modulato sul valore effettivo<br>raggiunto tra i due estremi:<br>≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% =<br>75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95%<br>< 100% = 25 ; ≥100% = 0                                                 | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Radiodiagnostica                 | 289                 | APP-6          | APPROPRIATEZZA                           | Audit di appropriatezza prescrittiva esami<br>degli accertamenti radiodiagnostici                                                                                  | Organizzazione di almeno 4 audit/focus group<br>dedicati al miglioramento dell'appropriatezza<br>delle richieste.                                                                                | 4                    | 15   |                                                                                                                                                                                                                                                         | e al netto delle<br>Convenzioni             | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Radiodiagnostica                 | 290                 | EF_COST-<br>25 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                       | > del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati al<br>netto delle variazioni del<br>Nomenclatore Tariffario                                                                                                | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Radiodiagnostica                 | 291                 | CUP-17         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                     | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                       | ≥1                   | 15   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Radiodiagnostica                 | 292                 | DIP_9          | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                            | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                               | < al dato 2024       | 14   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Radiodiagnostica                 | 293                 | OB_REG19       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024                                                                   | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024                                                                        | ≤ 96%                | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 7             | 7-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Radiodiagnostica                 | 294                 | AMB-13         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore) | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                                                                                                               | > 1                  | 12   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                    | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.C.D.U. Radiodiagnostica                 | 295                 | PROD-20        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                         | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥2,5%                | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-10                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S. Malattie Metaboliche<br>Diabetologia | 296                 | EF_COST-<br>26 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                    | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                       | > del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-10                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S. Malattie Metaboliche<br>Diabetologia | 297                 | CUP-18         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                     | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                       | ≥1                   | 22   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-10                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S. Malattie Metaboliche<br>Diabetologia | 298                 | DIP_10         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                            | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                               | < al dato 2024       | 14   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 7             | 7-10                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia | S.S. Malattie Metaboliche<br>Diabetologia | 299                 | OB_REG20       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Incremento prestazioni erogate in modalità<br>telemedicina                                                                                                         | (N° viste telemedicina 2025 / N° viste<br>telemedicina 2024 ) x 100                                                                                                                              | >100%                | 14   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                                                                                                              | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi del POA   |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                   | STRUTTURA                                 | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                               | INDICATORE                                                                         | VALORE<br>ATTESO | PESO  | NOTE                                                                                                                                                                                                                                      | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                     |
|---------------|---------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 7             | 7-10                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S. Malattie Metaboliche<br>Diabetologia | 300                 | PROD-21        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                              | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                           | ≥2,5%            | 15    | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5) | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                  |
| 7             | 7-10                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S. Malattie Metaboliche<br>Diabetologia | 301                 | PROD-39        | PRODUZIONE                               | Incremento delle visite in modalità di<br>telemedicina ( visite di controllo)                                                                           | N° visite telemedicina 2025                                                        | > del dato 2024  | 20    |                                                                                                                                                                                                                                           | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                  |
| 7             | 7-11                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S. Radioterapia                         | 302                 | EF_COST-<br>27 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                         | Produzione 2025/Costi 2025                                                         | > del dato 2024  | 20    | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                              | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                  |
| 7             | 7-11                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S. Radioterapia                         | 303                 | EF_ORG-<br>49  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Stesura di un progetto volto ad estendere<br>l'attività su 6 giorni settimanali entro il<br>primo semestre 2025                                         | relazione                                                                          | SI               | 25    | relazione DMPO                                                                                                                                                                                                                            | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                  |
| 7             | 7-11                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S. Radioterapia                         | 304                 | CUP-19         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                          | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)         | ≥1               | 20    | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                  |
| 7             | 7-11                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S. Radioterapia                         | 305                 | PROD-22        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                              | produzione 2025 - produzione 2024                                                  | ≥700.000 €       | 35    | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5) | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                  |
| 7             | 7-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S.D. Dietologia e Nutrizione<br>Clinica | 306                 | EF_COST-<br>28 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                         | Produzione 2025/Costi 2025                                                         | > del dato 2024  | 18,5  | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati e<br>delle variazioni delle tariffe del<br>Nuovo Nomenclatore                                                                                | Area Gestione<br>Spesa                      | peso rimodulato spalmando il<br>peso dell'OB Regionale 308 |
| 7             | 7-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S.D. Dietologia e Nutrizione<br>Clinica | 307                 | DIP_11         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                 | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025 | < al dato 2024   | 23,5  | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                     | Area<br>Organizzativa                       | peso rimodulato spalmando il<br>peso dell'OB Regionale 308 |
| 7             | 7-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S.D. Dietologia e Nutrizione<br>Clinica | 308                 | OB_REG21       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Questo obiettivo verrà identificato e<br>discusso a seguito della DGR di<br>assegnazione alle Aziende Sanitarie degli<br>obiettivi regionali anno 2025. | da identificare                                                                    | da identificare  | -00,0 | ANNULLATO CON<br>RIDISTRUBUZIONE DEL<br>RELATIVO PESO                                                                                                                                                                                     |                                             | annullato                                                  |
| 7             | 7-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S.D. Dietologia e Nutrizione<br>Clinica | 309                 | PROD-40        | PRODUZIONE                               | Incremento delle visite in modalità di<br>telemedicina ( visite di controllo)                                                                           | N° visite telemedicina 2025                                                        | > del dato 2024  | 38,5  |                                                                                                                                                                                                                                           | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | peso rimodulato spalmando il<br>peso dell'OB Regionale 308 |
| 7             | 7-12                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S.D. Dietologia e Nutrizione<br>Clinica | 310                 | PROD-42        | PRODUZIONE                               | mantenimento volumi attività rispetto al<br>2024                                                                                                        | volumi produzione 2025                                                             | ≥ al dato 2024   | 19,5  | al netto delle variazioni di<br>codifica del nuovo<br>Nomenclatore (produzione =<br>Flusso SDO+ Flusso C +<br>Flusso C2 non seguito da<br>ricovero+ Flusso C5)                                                                            | Area<br>Organizzativa                       | peso rimodulato spalmando il<br>peso dell'OB Regionale 308 |
| 8             | 8-1                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Cardiologia                      | 311                 | EF_COST-<br>29 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                         | Produzione 2025/Costi 2025                                                         | > del dato 2024  | 16    | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                              | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                  |
| 8             | 8-1                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Cardiologia                      | 312                 | CUP-20         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                          | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)         | ≥1               | 15    | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                  |
| 8             | 8-1                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Cardiologia                      | 313                 | DIP_12         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                 | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025 | < al dato 2024   | 15    | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                     | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                  |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                   | STRUTTURA                                                  | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                  | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                   | INDICATORE                                                                                                                                                                                       | VALORE<br>ATTESO      | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                             |
|---------------|---------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 8             | 8-1                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Cardiologia                                       | 314                 | OB_REG22       | OBIETTIVO<br>REGIONALE           | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                              | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 /<br>spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x<br>100                                                                                        | ≤ 90%                 | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                                                         | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali          |
| 8             | 8-1                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Cardiologia                                       | 315                 | AMB-14         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI     | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore)                                                                                          | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                                                                                                               | > 1                   | 10   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                                                            | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 8             | 8-1                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Cardiologia                                       | 316                 | PROD-23        | PRODUZIONE                       | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                  | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥2,5%                 | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                                                       | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 8             | 8-1                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Cardiologia                                       | 317                 | BOARD-7        | TEMPO DI<br>BOARDING             | Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024<br>> di 6 ore il target è riduzione di almeno il<br>15% del dato 2024, con livello di<br>raggiungimento modulato sul dato<br>raggiunto)                                                                            | A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero<br>B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è<br>riduzione di almeno il 15% del dato 2024 :<br>tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024 | A) ≤ 6 ore<br>B ≤ 85% | 15   | nel caso B il livello di<br>raggiungimento verrà<br>modulato sul valore effettivo<br>raggiunto tra i due estremi:<br>≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% =<br>75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95%<br>< 100% = 25 ; ≥100% = 0                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 8             | 8-2                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Laboratorio Analisi<br>Cliniche e Microbiologiche | 318                 | EF_COST-<br>30 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI         | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                             | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                       | > del dato 2024       | 25   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati e<br>delle variazioni delle tariffe del<br>Nuovo Nomenclatore                                                                                                                                                      | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 8             | 8-2                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Laboratorio Analisi<br>Cliniche e Microbiologiche | 318,1               | OB_REG28       | OBIETTIVO<br>REGIONALE           | razionalizzazione spesa Dispositivi Medici<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                              | (spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 /<br>spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x<br>100                                                                                        | ≤ 90%                 | 10   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target                                                         | Area Gestione<br>Spesa                      | nuovo - definito obiettivo in<br>coerenza con obiettivi regionali- |
| 8             | 8-2                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Laboratorio Analisi<br>Cliniche e Microbiologiche | 319                 | EF_ORG-<br>39  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO | Riprogettazione dei flussi routine-urgenza-<br>emergenza finalizzata alla ottimizzazione<br>dei processi critici evidenziati dallo studio<br>preliminare per l'organizzazione della<br>gestione CORELAB settore chimica clinica<br>secondo metodologia LEAN | presenza progetto                                                                                                                                                                                | SI                    | 15   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | rimodulato peso (precedente era<br>25)                             |
| 8             | 8-2                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Laboratorio Analisi<br>Cliniche e Microbiologiche | 320                 | EF_ORG-<br>51  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO | Studio preliminare per la riorganizzazione<br>della gestione settore microbiologia                                                                                                                                                                          | evidenza documentale                                                                                                                                                                             | SI                    | 25   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |
| 8             | 8-2                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Laboratorio Analisi<br>Cliniche e Microbiologiche | 321                 | PROD-24        | PRODUZIONE                       | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                  | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥2,5%                 | 25   | Considerate le variazioni delle<br>tariffe del Nuovo<br>Nomenclatore<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target. (produzione = Flusso<br>SDO+ Flusso C + Flusso C2<br>non seguito da ricovero+<br>Flusso C5) | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifca/integrazione<br>apportata                          |



| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                   | STRUTTURA                                       | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                | INDICATORE                                                                                                                | VALORE<br>ATTESO     | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|---------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 8             | 8-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Medicina Fisica<br>Neuroriabilitazione | 322                 | EF_COST-<br>31 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                          | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                | ≥ del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Medicina Fisica<br>Neuroriabilitazione | 323                 | EF_ORG-<br>46  | EFFICIENTAMENTO<br>ORGANIZZATIVO         | Rispetto dei tempi di degenza massimi<br>previsti dalla normativa.                                                                                                                                                                                                       | n° casi con giornate di degenza massima ><br>valori soglia previsti dalla norma / nà totale casi                          | < al dato 2024       | 15   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Medicina Fisica<br>Neuroriabilitazione | 324                 | CUP-21         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                                                                                                                           | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                | ≥1                   | 20   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                                                                                                                                                                                                          | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Medicina Fisica<br>Neuroriabilitazione | 325                 | DIP_13         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                  | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                        | < al dato 2024       | 20   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Medicina Fisica<br>Neuroriabilitazione | 326                 | AMB-15         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore)                                                                                                       | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                                        | > 1                  | 15   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-3                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Medicina Fisica<br>Neuroriabilitazione | 327                 | PROD-25        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                               | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                  | ≥ 2024               | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                                                                                                                                                                          | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Neurologia . CRESM                     | 328                 | APP-20         | APPROPRIATEZZA                           | Presa in carico clinico-assistenziale<br>globale del paziente affetto da Sclerosi<br>Multipla. Applicazione e monitoraggio<br>PDTA dedicato<br>A) verifica trimestrale del numero di<br>pazienti arruolati rispetto al tempo zero<br>B) Incontri con associazione malati | A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti<br>arruolati 2024<br>B) n° incontri l'anno                                    | A) >1<br>B) almeno 3 | 12   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Neurologia . CRESM                     | 329                 | EF_COST-<br>32 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                          | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                | > del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Neurologia . CRESM                     | 330                 | DIP_14         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                  | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                        | < al dato 2024       | 14   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Neurologia . CRESM                     | 331                 | OB_REG23       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                         | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024 | ≤ 96%                | 14   | - L'OBIETTIVO E' COMUNE<br>CON LA S.S.D. PATOLOGIE<br>NEUROLOGICHE<br>SPECIALISTICHE E IL<br>RAGGIUNGIMENTO VIENE<br>VALUTATO NEL<br>COMPLESSO DELLE DUE<br>STRUTTURE<br>- L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 8             | 8-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Neurologia . CRESM                     | 332                 | AMB-16         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore)                                                                                                       | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2019                                                                        | > 1                  | 15   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |



| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                   | STRUTTURA                   | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                 | INDICATORE                                                                                                                                                                                       | VALORE<br>ATTESO     | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                    | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|---------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 8             | 8-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Neurologia . CRESM | 333                 | PROD-26        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥2,5%                | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-4                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Neurologia . CRESM | 334                 | BOARD-8        | TEMPO DI<br>BOARDING                     | Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024<br>> di 6 ore il target è riduzione di almeno il<br>15% del dato 2024, con livello di<br>raggiungimento modulato sul dato<br>raggiunto)                                                                          | A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero<br>B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è<br>riduzione di almeno il 15% del dato 2024 :<br>tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024 | A)≤ 6 ore<br>B ≤ 85% | 15   | nel caso B il livello di<br>raggiungimento verrà<br>modulato sul valore effettivo<br>raggiunto tra i due estremi:<br>≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% =<br>75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95%<br>< 100% = 25 ; ≥100% = 0                                                 | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Pneumologia        | 335                 | APP-19         | APPROPRIATEZZA                           | Presa in carico clinico-assistenziale<br>globale affetto da Fibrosi Cistica.<br>Applicazione e monitoraggio PDTA<br>dedicato<br>A) verifica trimestrale del numero di<br>pazienti arruolati rispetto al tempo zero<br>B) Incontri con associazione malati | A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti<br>arruolati 2024<br>B) n° incontri l'anno                                                                                                           | A) >1<br>B) almeno 3 | 12   |                                                                                                                                                                                                                                                         | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Pneumologia        | 336                 | EF_COST-<br>33 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                           | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                       | > del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Pneumologia        | 337                 | DIP_15         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                   | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                               | < al dato 2024       | 15   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                   | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Pneumologia        | 338                 | OB_REG24       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                          | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024                                                                        | ≤ 96%                | 14   | L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 8             | 8-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Pneumologia        | 339                 | AMB-17         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore)                                                                                        | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                                                                                                               | > 1                  | 15   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                    | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Pneumologia        | 340                 | PROD-27        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥ 2,5%               | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-5                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.O. Pneumologia        | 341                 | BOARD-9        | TEMPO DI<br>BOARDING                     | Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024<br>> di 6 ore il target è riduzione di almeno il<br>15% del dato 2024, con livello di<br>raggiungimento modulato sul dato<br>raggiunto)                                                                          | A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero<br>B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è<br>riduzione di almeno il 15% del dato 2024 :<br>tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024 | A)≤ 6 ore<br>B ≤ 85% | 14   | nel caso B il livello di<br>raggiungimento verrà<br>modulato sul valore effettivo<br>raggiunto tra i due estremi:<br>≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% =<br>75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95%<br>< 100% = 25 ; ≥100% = 0                                                 | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-6                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.U. Psichiatria        | 342                 | EF_COST-<br>34 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                           | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                       | > del dato 2024      | 15   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                            | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-6                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.U. Psichiatria        | 343                 | CUP-22         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                                                                                                            | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                       | ≥1                   | 25   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                               | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |

| n° art<br>org | n° strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                   | STRUTTURA                                       | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                | INDICATORE                                                                                                                                                                                       | VALORE<br>ATTESO                                                  | PESO         | NOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 8             | 8-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.U. Psichiatria                            | 344                 | DIP_16         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                  | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                               | < al dato 2024                                                    | 15           | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.U. Psichiatria                            | 345                 | OB_REG25       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | 1) Analisi iniziale e mappatura delle<br>pratiche di contenzione meccanica nei<br>SPDC<br>2) Implementazione di protocolli operativi<br>standard per la gestione dei pazienti in<br>stato di agitazione in accordo con le<br>direttive regionali                         | 1) Report di mappatura as is (entro giugno 2025)<br>2) Protocolli approvati e adottati                                                                                                           | 1) presenza<br>report<br>2) presenza di<br>almeno 1<br>protocollo | 1) 7<br>2) 7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi del POA   |
| 8             | 8-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.U. Psichiatria                            | 346                 | PROD-28        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                               | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥2,5%                                                             | 15           | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                                                                                                                                                  | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-6              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.C.D.U. Psichiatria                            | 347                 | BOARD-10       | TEMPO DI<br>BOARDING                     | Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024<br>> di 6 ore il target è riduzione di almeno il<br>15% del dato 2024, con livello di<br>raggiungimento modulato sul dato<br>raggiunto)                                                                                         | A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero<br>B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è<br>riduzione di almeno il 15% del dato 2024 :<br>tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024 | A)≤ 6 ore<br>B ≤ 85%                                              | 16           | nel caso B il livello di<br>raggiungimento verrà<br>modulato sul valore effettivo<br>raggiunto tra i due estremi:<br>≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% =<br>75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95%<br>< 100% = 25 ; ≥100% = 0                                                                                                                                                                                                    | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Patologie Neurologiche<br>Specialistiche | 348                 | APP-21         | APPROPRIATEZZA                           | Presa in carico clinico-assistenziale<br>globale del paziente affetto da Sclerosi<br>Multipla. Applicazione e monitoraggio<br>PDTA dedicato<br>A) verifica trimestrale del numero di<br>pazienti arruolati rispetto al tempo zero<br>B) Incontri con associazione malati | A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti<br>arruolati 2024<br>B) n° incontri l'anno                                                                                                           | A) >1<br>B) almeno 3                                              | 12           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Patologie Neurologiche<br>Specialistiche | 349                 | EF_COST-<br>35 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                          | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                       | > del dato 2024                                                   | 15           | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Patologie Neurologiche<br>Specialistiche | 350                 | DIP_17         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                  | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                               | < al dato 2024                                                    | 14           | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Patologie Neurologiche<br>Specialistiche | 351                 | OB_REG26       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Efficientamento della spesa consumo<br>ospedaliero Farmaci (compreso File F)<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                         | spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso<br>File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero<br>Farmaci (compreso File F) 2024                                                                        | ≤ 96%                                                             | 14           | - L'OBIETTIVO E' COMUNE<br>CON LA S.C.O.<br>NEUROLOGIA CRESM E IL<br>RAGGIUNGIMENTO VIENE<br>VALUTATO NEL<br>COMPLESSO DELLE DUE<br>STRUTTURE<br>- L'OBIETTIVO VERRA'<br>RIVALUTATO E RIDISCUSSO<br>DOPO IL PRIMO SEMESTRE<br>PER EVENTUALE<br>RIMODULAZIONE<br>Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target | Area Gestione<br>Spesa                      | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 8             | 8-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Patologie Neurologiche<br>Specialistiche | 352                 | AMB-18         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore)                                                                                                       | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                                                                                                               | > 1                                                               | 15           | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-7              | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Patologie Neurologiche<br>Specialistiche | 353                 | PROD-29        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                               | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                         | ≥2,5%                                                             | 15           | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5)                                                                                                                                                                  | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                   | STRUTTURA                                                                     | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB         | MACRO OBIETTIVO                          | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | INDICATORE                                                                                                                                                                                                     | VALORE<br>ATTESO      | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                      | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                                    |
|---------------|---------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 8             | 8-7                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Patologie Neurologiche<br>Specialistiche                               | 354                 | BOARD-11       | TEMPO DI<br>BOARDING                     | Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024<br>> di 6 ore il target è riduzione di almeno il<br>15% del dato 2024, con livello di<br>raggiungimento modulato sul dato<br>raggiunto)                                                                                                                                                             | A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero<br>B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è<br>riduzione di almeno il 15% del dato 2024 :<br>tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024<br>raggiunto) | A) ≤ 6 ore<br>B ≤ 85% | 15   | nel caso B il livello di<br>raggiungimento verrà<br>modulato sul valore effettivo<br>raggiunto tra i due estremi:<br>≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% =<br>75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95%<br>< 100% = 25 ; ≥100% = 0                                   | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Pneumologia<br>Interventistica                                         | 355                 | EF_COST-<br>36 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                                                                                              | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                                     | > del dato 2024       | 20   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                              | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Pneumologia<br>Interventistica                                         | 356                 | CUP-23         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                                                                                                                                                                                               | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                                     | ≥1                    | 15   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Pneumologia<br>Interventistica                                         | 357                 | DIP_18         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                                                      | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                                             | < al dato 2024        | 15   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                     | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Pneumologia<br>Interventistica                                         | 358                 | AMB-1          | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Collaborare con le strutture deputate e per<br>quanto di competenza al "Tariffario<br>Aziendale delle Prestazioni sanitarie extra<br>Nomenclatore Tariffario Regionale delle<br>Prestazioni di Assistenza Specialistica<br>Ambulatoriale erogate a favore di pazienti<br>ricoverati presso strutture altre Aziende<br>Sanitarie/Ospedaliere" | evidenza documentale                                                                                                                                                                                           | SI                    | 20   |                                                                                                                                                                                                                                           |                                             | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Pneumologia<br>Interventistica                                         | 359                 | AMB-19         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore)                                                                                                                                                                           | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                                                                                                                             | > 1                   | 15   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                      | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-8                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | S.S.D. Pneumologia<br>Interventistica                                         | 360                 | PROD-30        | PRODUZIONE                               | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                                       | ≥2,5%                 | 15   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5) | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | SSD Asma Grave, Malattie<br>Rare del Polmone e<br>Fisiopatologia Respiratoria | 361                 | EF_COST-<br>37 | EFFICIENTAMENTO<br>COSTI                 | Miglioramento del rapporto<br>Produzione/Costi rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                                                                                              | Produzione 2025/Costi 2025                                                                                                                                                                                     | > del dato 2024       | 16   | sono compresi i costi del<br>personale; al netto di eventuali<br>costi straordinari motivati                                                                                                                                              | Area Gestione<br>Spesa                      | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | SSD Asma Grave, Malattie<br>Rare del Polmone e<br>Fisiopatologia Respiratoria | 362                 | CUP-24         | FLUSSO CUP E<br>FLUSSO C                 | Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP<br>regionale e prestazioni erogate e<br>consuntivate                                                                                                                                                                                                                                               | prestazioni prenotate su CUP regionale /<br>prestazioni erogate (Flusso C)                                                                                                                                     | ≥1                    | 20   | il livello di raggiungimento<br>verrà modulato sul dato<br>effettivo raggiunto : 1 = 100% ;<br><1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80%<br>< 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%                                                                                 | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | SSD Asma Grave, Malattie<br>Rare del Polmone e<br>Fisiopatologia Respiratoria | 363                 | DIP_19         | OBIETTIVO A<br>VALENZA<br>DIPARTIMENTALE | Miglioramento dei tempi medi di risposta<br>nelle prestazioni a pazienti ricoverati<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                                                      | tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai<br>pazienti ricoverati anno 2025                                                                                                                             | < al dato 2024        | 16   | l'obiettivo è comune a tutte le<br>strutture del Dipartimento ma<br>viene valutato il dato della<br>singola struttura                                                                                                                     | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |
| 8             | 8-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | SSD Asma Grave, Malattie<br>Rare del Polmone e<br>Fisiopatologia Respiratoria | 364                 | OB_REG27       | OBIETTIVO<br>REGIONALE                   | Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per<br>visite e prestazioni ambulatoriali<br>PNGLA di i interesse per classi di priorità<br>UBDP                                                                                                                                                                                                    | tempo di attea 2025 ≤ tempi previsti<br>(o in alternativa tempo di attea 2025 < tempo di<br>attesa 2024)                                                                                                       | SI                    | 14   |                                                                                                                                                                                                                                           | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | definito obiettivo in coerenza con<br>obiettivi regionali |
| 8             | 8-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | SSD Asma Grave, Malattie<br>Rare del Polmone e<br>Fisiopatologia Respiratoria | 365                 | AMB-20         | PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALI             | Recupero e aumento produzione per ogni<br>prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o<br>2019 se superiore al dato 2024;<br>l'indicazione è specificata nell'indicatore)                                                                                                                                                                           | prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA<br>2024                                                                                                                                                             | > 1                   | 16   | il grado di raggiungimento<br>viene valutato<br>proporzionalmente sulle<br>singole prestazioni PNGLA                                                                                                                                      | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata                |

| n° art<br>org | n°<br>strutt<br>Ura | ARTICOLAZIONE<br>ORGANIZZATIVA                                   | STRUTTURA                                                                                                                                                                 | n°<br>progr.<br>ob. | COD OB   | MACRO OBIETTIVO             | OBIETTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                | INDICATORE                                                                                                                                                                                      | VALORE<br>ATTESO     | PESO | NOTE                                                                                                                                                                                                                                      | Albero della<br>performance -<br>pilastro   | MODIFICHE/INTEGRAZIONI                     |
|---------------|---------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 8             | 8-9                 | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e<br>specialistica | SSD Asma Grave, Malattie<br>Rare del Polmone e<br>Fisiopatologia Respiratoria                                                                                             | 366                 | PROD-31  | PRODUZIONE                  | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                               | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                        | ≥2,5%                | 18   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5) | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 9             | 9-1                 | DIPARTIMENTI<br>UNIVERSITARI                                     | PERSONALE<br>AMMINISTRATIVO E<br>TECNICO AFFERENTE AI<br>DIPARTIMENTI<br>UNIVERSITARI- Dipartimento<br>di Scienze Cliniche e<br>Biologiche / Dipartimento di<br>Oncologia | 367                 | SIC_SO-4 | SICUREZZA E<br>SORVEGLIANZA | Monitoraggio formazione in materia di<br>sicurezza degli specializzandi iscritti al 1°<br>anno o comunque per i quali l'attestato sia<br>scaduto                                                                                                                         | Report finale o su richiesta della Direzione<br>Aziendale, con evidenza azioni intraprese in<br>caso di mancata formazione                                                                      | SI                   | 50   | valenza documentale                                                                                                                                                                                                                       | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 9             | 9-1                 | DIPARTIMENTI<br>UNIVERSITARI                                     | PERSONALE<br>AMMINISTRATIVO E<br>TECNICO AFFERENTE AI<br>DIPARTIMENTI<br>UNIVERSITARI- Dipartimento<br>di Scienze Cliniche e<br>Biologiche / Dipartimento di<br>Oncologia | 368                 | SORV-1   | SORVEGLIANZA<br>SANITARIA   | Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti<br>gli specializzandi afferenti all'AOU San<br>Luigi                                                                                                                                                                        | Report finale o su richiesta della Direzione<br>Aziendale con scadenza accertamenti ed<br>accertamenti effettuati. Evidenza delle<br>segnalazioni effettuate in caso di mancati<br>accertamenti | SI                   | 50   | valenza documentale                                                                                                                                                                                                                       | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 10            | 10-1                | SPECIALISTI<br>AMBULATORIALI                                     | SPECIALISTI<br>AMBULATORIALI - SCDO<br>Neurologia – CRESM                                                                                                                 | 369                 | APP-22   | APPROPRIATEZZA              | Presa in carico clinico-assistenziale<br>globale del paziente affetto da Sclerosi<br>Multipla. Applicazione e monitoraggio<br>PDTA dedicato<br>A) verifica trimestrale del numero di<br>pazienti arruolati rispetto al tempo zero<br>B) Incontri con associazione malati | A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti<br>arruolati 2024<br>B) n° incontri l'anno                                                                                                          | A) >1<br>B) almeno 3 | 50   | collaborazione al<br>raggiungimento dell'obiettivo<br>assegnato alla SCDO<br>Neurologia – CRESM                                                                                                                                           | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 10            | 10-1                | SPECIALISTI<br>AMBULATORIALI                                     | SPECIALISTI<br>AMBULATORIALI - SCDO<br>Neurologia – CRESM                                                                                                                 | 370                 | PROD-32  | PRODUZIONE                  | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                               | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                        | ≥2,5%                | 50   | collaborazione al<br>raggiungimento dell'obiettivo<br>assegnato alla SCDO<br>Neurologia – CRESM                                                                                                                                           | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 10            | 10-2                | SPECIALISTI<br>AMBULATORIALI                                     | SPECIALISTI<br>AMBULATORIALI – SCU<br>Psichiatria - Specialista<br>Psicologia Clinica                                                                                     | 371                 | APP-4    | APPROPRIATEZZA              | Applicazione di trattamento psicologico a<br>pazienti e loro caregivers in almeno 10<br>casi ritenuti opportuni, dalle valutazioni del<br>precedente obiettivo.                                                                                                          | A) Trattamenti psicologici specialistici ( cod.<br>catalogo 94.42), valutati e selezionati in<br>ambulatorio<br>B) trattamenti specialistici ad altri pazienti                                  | A) ≥ 25<br>B) ≥ 400  | 50   | Il peso viene così ripartito:<br>A) 25<br>B) 25                                                                                                                                                                                           | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 10            | 10-2                | SPECIALISTI<br>AMBULATORIALI                                     | SPECIALISTI<br>AMBULATORIALI – SCU<br>Psichiatria - Specialista<br>Psicologia Clinica                                                                                     | 372                 | APP-32   | APPROPRIATEZZA              | Valutazione psicologica di pazienti<br>oncologici e loro caregivers, in setting<br>ambulatoriale e ospedaliero, a cui è stata<br>data indicazione alle cure palliative, anche<br>precocemente in simultaneous care                                                       | Colloqui psicologici (cod. catalogo 94.09.4 )                                                                                                                                                   | ≥ 15                 | 50   |                                                                                                                                                                                                                                           | Area qualità<br>clinica ed<br>assistenziale | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |
| 7             | 7-17                | Dipartimento<br>strutturale di area<br>medica e oncologia        | S.S.D. Week Day Hospital<br>Internistico                                                                                                                                  | 373                 | PROD-33  | PRODUZIONE                  | Incremento del valore della produzione<br>rispetto al 2024                                                                                                                                                                                                               | (produzione 2025 - produzione 2024) /<br>produzione 2024                                                                                                                                        | ≥2,5%                | 10   | Nella valutazione del livello di<br>raggiungimento si farà<br>riferimento al valore assoluto<br>di produzione rispetto al valore<br>target<br>(produzione = Flusso SDO+<br>Flusso C + Flusso C2 non<br>seguito da ricovero+ Flusso<br>C5) | Area<br>Organizzativa                       | nessuna modifica/integrazione<br>apportata |



**Struttura Affari Generali**  
Relazione di Pubblicazione

Delibera N. 232 del 16/05/2025

**Oggetto:** MODIFICA/INTEGRAZIONE DELLA SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2025/2027 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 55 DEL 31.01.2025.

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

19/05/2025

Sottoscritta dal funzionario incaricato  
(BERTOLO FULVIA)