

VALIDAZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2025

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AOU San Luigi di Orbassano, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D.Lgs 150/2009 e s.m.i:

- a) esaminata l'allegata relazione trasmessa con nota prot. n. 9987/26;*
- b) valutata la corrispondenza dei contenuti della stessa con quanto verificato nelle sedute e riportato nei relativi verbali;*
- c) verificata la corretta applicazione di quanto previsto nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'Azienda;*

valida

la Relazione sulla Performance - anno 2025.

Orbassano, 07/07/2026

L'Organismo Individuale di Valutazione (OIV)

Dott. Giampasquale Luigi Rodriquens (*..omissis..*)

Dott.ssa Simona Annamaria Dalmasso (*..omissis..*)

Prof. Luca Brazzi (*..omissis..*)

Le firme apposte sul presente documento sono state omesse nel rispetto di quanto disposto in materia di protezione e di trattamento dei dati personali dal GDPR (Regolamento UE 2016/679); copia del documento sottoscritto dall'OIV è agli atti della Struttura Tecnica Permanente



FRONTESPIZIO LETTERA

PROTOCOLLO N. 9987/2026 DEL 06/07/2026

CLASSIFICAZIONE 01-02-01-02 - /

OGGETTO: RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2025

Con la presente si consegna copia analogica a stampa, 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.

Allegati:

- Allegato 1 -Prospetto riepilogativo raggiungimento obiettivi 2025.pdf
8FCCABB218C514F906B463E171AABE5578A8774AE1DCE19B105DD2402E7B3C70C1
192B25A6379FA615D5494961DF67F2975FAE61E393856D3303DD296C18133C
- LETTERA_PROT_2026_9987.pdf.p7m
80D10C9FDE4FD39AFDA774E43157B31D9157CE59595C0A611553FF582B15611DC4E
FF086AF46A6C05AA3142F5B3AAF2F41BDC47C99288854AAA7FBE11F8C01AA

MINNITI DAVIDE

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

Classificazione 01-02-01-02

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2025

La Direzione - previo confronto e condivisione con i Direttori di Dipartimento ed i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali - con deliberazione n. 658 del 27.12.2024 "*Piano della Performance dell'AOU San Luigi di Orbassano per l'anno 2025*" (inserito nella sezione Piano della Performance del PIAO triennio 2025/2027 con deliberazione n. 55 del 31.01.2025) integrato con deliberazione n. 232 del 16.05.2025, che ha recepito, integrandoli nel proprio Piano di Performance, gli obiettivi economico gestionali ai Direttori Generali / Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2025 (declinati dalla DGR n.16-817/2025 del 25.02.2025), ha assegnato a tutto il personale dell'AOU San Luigi gli obiettivi anno 2025, previa presentazione dei medesimi, in linea generale, all'Organismo di Valutazione.

Le relative schede budget/obiettivi sono state condivise con i rispettivi Direttori/Responsabili delle strutture, con apposizione, ove ritenuto, di considerazioni/osservazioni, esaminate in sede di valutazione finale.

Le sopra citate delibere di assegnazione degli obiettivi 2025 sono state comunicate alle strutture e pubblicate sulla intranet aziendale e sul sito Amministrazione Trasparente- Sezione Performance.

Gli obiettivi prioritariamente assegnati alle strutture sono raggruppabili in cinque macro-aree principali che riguardano l'area clinica e la centralità del paziente, l'efficienza operativa e organizzativa, la transizione digitale e l'innovazione, la sostenibilità economica coniugata all'appropriatezza e trasparenza e la valorizzazione delle risorse umane e relazione con l'utenza.

1. Area Clinica e Centralità del Paziente

Miglioramento delle cure e la presa in carico, attraverso ad esempio:

- **Gestione della Cronicità:** Implementazione e monitoraggio di percorsi specifici per malattie croniche (Fibrosi Cistica, Sclerosi Multipla, Talassemia, Sclerodermia) e supporto psicologico per pazienti oncologici e caregivers,.
- **Tempestività e Sicurezza:** Chirurgia del femore entro 48 ore per gli over 65, promozione del modello ERAS per la chirurgia maggiore, sviluppo di protocolli per la gestione del dolore e attivazione dell'infermiere MET,
- **Supporto Psicologico:** Applicazione di trattamenti psicologici per pazienti oncologici, cronici e i loro caregivers.
- **Gestione dell'Emergenza:** Riduzione del "boarding" in Pronto Soccorso

- **Prevenzione Rischi:** Protocolli per la gestione dell'agitazione in SPDC, prevenzione delle cadute e monitoraggio rigoroso delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dei germi multiresistenti.

2. Efficienza Operativa e Organizzativa

Ottimizzazione delle risorse interne e dei processi interni, quali ad esempio:

- **Sale Operatorie:** Applicazione della **metodologia LEAN**, riduzione dei ritardi nell'inizio delle attività (*StartTime Tardiness*) e uso sistematico della checklist di sicurezza,.
- **Governo delle Liste d'Attesa:** Revisione delle agende ambulatoriali, riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale (PNGLA),.
- **Produzione:** Incremento della produzione con particolare attenzione alle prestazioni monitorate nel Piano Nazionale Governo liste d'attesa
- **Gestione dei Flussi:** Potenziamento del **Bed Management** e implementazione del modello di **Primary Nursing** per un'assistenza infermieristica personalizzata.

3. Transizione Digitale e Innovazione

L'integrazione tecnologica, quali ad esempio:

- **Sanità Digitale e PNRR:** Gestione dei progetti legati alla "Sanità Digitale 1" e digitalizzazione dei sistemi informativi dei DEA.
- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE):** Adeguamento infrastrutturale e monitoraggio del conferimento dei documenti clinici secondo i target regionali.
- **Telemedicina:** Incremento delle visite e delle prestazioni erogate a distanza,.

4. Sostenibilità Economica, Appropriatelyzza e Trasparenza

La coniugazione della sostenibilità finanziaria con la qualità delle prestazioni, attraverso ad esempio:

- **Controllo della Spesa:** Efficientamento dei costi per farmaci e dispositivi medici e audit sull'appropriatezza delle richieste diagnostiche (es. procalcitonina, trasfusioni).
- **Appropriatezza Prescrittiva:** Audit periodici sulle richieste di esami radiodiagnostici e gestione corretta delle trasfusioni di sangue.
- **Monitoraggio Farmaceutico:** Allineamento dei dati tra flussi regionali e registri di monitoraggio AIFA, con particolare attenzione ai farmaci innovativi.
- **Gestione Finanziaria:** Rispetto della tempistica per la liquidazione delle fatture e monitoraggio dei debiti scaduti e procedure di recupero crediti sanitari.
- **Etica Amministrativa:** Rispetto rigoroso delle misure di **trasparenza e prevenzione della corruzione**, con pubblicazione costante dei dati sul sito aziendale.

5. Valorizzazione delle Risorse Umane e Relazione con l'Utenza

- **Sicurezza sul Lavoro:** Definizione di procedure per la gestione delle **aggressioni** in ospedale e sorveglianza sanitaria per il personale in formazione.

- **Formazione Permanente:** Attivazione del piano formativo 2025 focalizzato su sicurezza e rischio infettivo.
- **Comunicazione e Ascolto:** Miglioramento della gestione dei reclami nel rispetto dei tempi previsti e rafforzamento dei rapporti con il volontariato.

Alle strutture amministrative e tecniche sono stati attribuiti prioritariamente obiettivi relativi al rispetto del budget di spesa e, per quanto di competenza, sono stati assegnati obiettivi riferiti al rispetto della tempistica della liquidazione delle fatture, all'attuazione delle misure in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione, all'adozione del nuovo piano dei conti regionale, al passaggio da OLIAMM ad AMCO al Fascicolo Sanitario Elettronico, all'attuazione del PNNR e dei progetti di edilizia sanitaria.

L'O.I.V. ha proceduto, ai sensi del disposto degli artt. 57 e 76 dei Contratti Collettivi Nazionali rispettivamente dell'Area Sanità e del Personale Area Funzioni Locali, alla verifica della correttezza metodologica delle effettuate valutazioni annuali 2025 dei dirigenti aziendali e ha completato in data 25.06.2026 la verifica sul raggiungimento obiettivi 2025.

Gli esiti della verifica sul raggiungimento obiettivi 2025 sono riportati nel prospetto riepilogativo allegato alla presente relazione (all.to n. 1). Si precisa che - nel peso complessivo totale di ogni struttura - se il valore del decimale è uguale o superiore a 5, viene arrotondato per eccesso.

Orbassano, 06.07.2026

Il Direttore Generale

Dr. MINNITI DAVIDE

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

STRUTTURA	Totale
SS Pianificazione strategica e Governance	87,5
S.C.D.O. Geriatria	90,6
S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	94,0
S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	94,5
S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	94,9
S.C.D.O. Cardiologia	95,2
S.S.D. Sale Operatorie	95,4
S.S.D. Endoscopia Digestiva	96,0
S.C.D.U. Medicina Interna	96,0
SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	96,0
S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	96,6
S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	96,8
S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	97,0
S.S.D. Pneumologia Interventistica	97,0
Funzione Servizio Sociale	97,2
S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	97,3
S.C.D.U. Radiodiagnostica	97,5
S.C.D.U. Chirurgia Generale	97,8
S.S. Radioterapia	98,0
S.S.D. Nefrologia	98,1
S.C.D.U. Oftalmologia	98,2
S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	98,7
S.S.D. Week Day Hospital Internistico	98,7
S.C.D.U. Urologia	98,8
S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	99,0
S.C.D.O. Neurologia . CRESM	99,0
S.C.D.O. Pneumologia	99,1
funzione Counseling Genetico	99,4
SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	100,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	100,0
Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	100,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	100,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	100,0
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	100,0
Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	100,0
Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	100,0
Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	100,0
Medicina Nucleare	100,0
PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	100,0
Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	100,0
Risk Management	100,0
S.C. Gestione Economico Finanziaria	100,0
S.C. Provveditorato-Economato	100,0

STRUTTURA	Totale
S.C. Risorse Umane	100,0
S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	100,0
S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	100,0
S.C. Tecnico e Teconologie	100,0
S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	100,0
S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	100,0
S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	100,0
S.C.D.U. Anatomia Patologica	100,0
S.C.D.U. Chirurgia Toracica	100,0
S.C.D.U. Odontostomatologia	100,0
S.C.D.U. Oncologia Medica	100,0
S.C.D.U. Psichiatria	100,0
S.S. Affari Generali e Legali	100,0
S.S. Controllo di Gestione	100,0
S.S. ICT	100,0
S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA	100,0
S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	100,0
S.S. Ingegneria Clinica	100,0
S.S. Qualità	100,0
S.S. SAAS	100,0
S.S. Servizio Trasfusionale	100,0
S.S.D. Day Week Surgery	100,0
S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	100,0
S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	100,0
S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	100,0
S.S.D. Oncologia Polmonare	100,0
Servizio Prevenzione e Protezione	100,0
U.R.P.	100,0
Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	Risk Management	2	1) Analisi iniziale e mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nei SPDC 2) Implementazione di protocolli operativi standard per la gestione	1) Report di mappatura as is (entro giugno 2025) 2) Protocolli approvati e adottati	1) presenza report 2) presenza	1) 10 2) 10	1) 10 2) 10	100%	20,0
Staff Direzione Generale	Risk Management	3	revisione procedura prevenzione e gestione cadute dei pazienti entro 31/12/2025	presenza procedura revisionata	2) Protocolli approvati e adottati	30	30	100%	30,0
Staff Direzione Generale	Risk Management	4	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	50	100%	50,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	5	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	15	100%	15,0
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	6	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	10	100%	10,0
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	7	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	15	100%	15,0
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	8	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) e input (costi e ricavi)	1) report trimestrali su andamento produttività 100% delle strutture 2) report finale al 31.12.2025 (riferito ai dati 01/01/25 - 30/06/25)	SI	25	25	100%	25,0
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	9	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	20	100%	20,0
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	10	Redazione scheda di budget per ogni struttura	Presenza di una scheda di budget mensile per Direzione Strategica e singole Strutture Dipartimentali	SI	15	15	100%	15,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	11	Monitoraggio semestrale di almeno 2 PDTA aziendali secondo gli indicatori previsti	evidenza documentale	SI	25	25	100%	25,0
Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	12	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	10	100%	10,0
Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	13	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	40	100%	40,0
Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	14	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 (5-2024))	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 il MEASU	SI	25	25	100%	25,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	15	Aggiornamento DVR per CLI	Pubblicazione del documento nella Cartella DVR Condivisa	SI	40	40	100%	40,0
Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	16	Definizione di procedura per la Gestione delle Aggressioni in Ospedale e monitoraggio applicazione	A) pubblicazione su intranet della procedura (entro 30/06/2025) B) evidenza documentale	A) SI B) SI	50	50	100%	50,0
Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	17	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	10	100%	10,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	18	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio automatico degli obiettivi di Performance delle Strutture (entro 30/04/2025)	evidenza documentale	SI	25	25	50%	12,5
Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	19	Piano obiettivi 2026	Definizione e presentazione alla Direzione Generale entro il 31/10/2025 della proposta iniziale per gli obiettivi 2026	SI	25	25	100%	25,0
Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	20	Proposta alla Direzione Strategica di un piano di svilupppo delle linee produttive aziendali (entro 30/03/2025)	evidenza documentale	SI	25	25	100%	25,0
Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	21	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	25	100%	25,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	22	Gestione aggiornamenti, sul sito intranet aziendale, delle aree dedicate alla comunicazione	Pubblicazioni effettuate nei tempi richiesti- concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste con evidenza tempistica pubblicazioni	100%	25	25	100%	25,0
Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	23	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	25	100%	25,0
Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	24	Migliorare l'efficienza dell'informazione verso l'esterno.	Evidenza pubblicazioni Comunicati Stampa e Notizie sui siti e social media.	SI	25	25	100%	25,0
Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	25	Predisposizione proposta del Piano di Comunicazione 2025-2026	evidenza documentale	SI	25	25	100%	25,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale	26	Attivazione dei percorsi di continuità ospedale - territorio, in collaborazione con il NOCC	Percorsi attivati/percorsi richiesti	≥ 95%	60	60	100%	60,0
Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale	27	Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere	100%	40	40	93%	37,2

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	28	Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) N° Incontri con associazione malati B) N° incontri del Coordinamento verbalizzati	A) ≥ 3 B) ≥ 4	10	10	100%	10,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	29	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	20	100%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	30	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	10	100%	10,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	31	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	15	80%	12,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	32	A)Elaborazione entro il 28 febbraio del Cronoprogramma del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero B) Completamento entro il 31/12/2025 delle fasi anno 2025 del cronoprogramma	A) Data consegna Cronoprogramma B) evidenza documentale	A) 28/02/2025 B) SI	15	15	100%	15,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	33	Monitoraggio e governo del conferimento dei documenti clinico sanitari nel FSE nei target percentuali regionali.	Rispetto dei target percentuali regionali per il conferimneto in FSE della Lettera di dimissioni e dei referti ambulatoriali (non RIS e LIS)	100%	10	10	100%	10,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	34	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	20	20	100,0%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	35	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	15	100%	15,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	36	Collaborazione alla Implementazioni di nuovi sistemi di tracciabilità dei dispositivi medici/protesi	evidenza documentale	SI	15	15	100%	15,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	37	Monitoraggio contenimento spesa dispositivi medici/protesi	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa dispositivi medici/protesi	≥ 4	20	20	100%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	38	Monitoraggio contenimento spesa farmaci	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altospendenti	≥ 5	20	20	100%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	39	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	40	40	100%	40,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	40	Attività propedeutica alla transizione al nuovo AMCO regionale entro il 31/12/2025	evidenza documentale	SI	16	16	100%	16,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	41	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione. Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito:a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura	SI	60	60	100%	60,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	42	Allineamento del numero delle confezioni dispensate rilevabili dai Registri di monitoraggio AIFA rispetto a quelle rilevabili dai flussi regionali per l'anno 2025 dei: 1) farmaci utilizzati per le indicazioni innovative a Registro di monitoraggio AIFA 2) farmaci a Registro di monitoraggio AIFA con MEA attivo e con	1) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) 2) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO) 3) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	1)100% 2) 100% 3) 100%	1) 5 2) 5 3) 4	1) 5 2) 5 3) 4	100%	14,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	43	Adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert	report annuale	1	20	20	100%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	44	Adesione al sistema di sorveglianza speciale enterobatteri resistenti ai carbapenemici	n° report quadrimestrale su infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemic	3	20	20	100%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	45	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	20	100%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	46	Programmazione e coordinamento corsi ICA	verbali incontri e relazione	≥ 3	20	20	100%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	47	Programmazione e coordinamento Commissione Infezioni Correlate all'Assistenza CICA	verbali incontri e relazione	≥ 2	20	20	100%	20,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	48	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	50	100%	50,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	49	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	50	100%	50,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	50	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	12	100%	12,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	50,1	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	10	100%	10,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	51	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Talassemia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale dell'attività per i pazienti arruolati anno 2025 B) Incontri con associazione malati	A) n° report B) n° incontri l'anno	A) 4 B) ≥ 3	12	12	100%	12,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	52	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	26	100%	26,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	53	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	20	100%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	54	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	55	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 B) evidenza documentale aggiornamento	A) SI B) SI	40	40	100%	40,0
Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	56	Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista.	n° casi gestiti entro i tempi previsti / totale casi gestiti	100%	50	50	100%	50,0
Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	57	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	10	100%	10,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	58	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti aziendali relativi alle annualità 2024 e ante	A) Report crediti 2024 e ante. B) Evidenza note di circolarizzazione 2024 e ante C) Conciliazione delle posizioni finanziarie ancora	SI	30	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	59	Determinazione e monitoraggio dei budget di spesa delle strutture.	A) Provvedimento di assegnazione budget di spesa B) Raccolta report trimestrali di monitoraggio della spesa e relazioni delle strutture su interventi correttivi,	SI	30	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	60	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	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	61	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	10	100%	10,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	62	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	20	20	100%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	63	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	4	25	25	100%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	64	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. Attestazione del Direttore Amministrativo	SI	20	20	100%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	65	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	25	25	100%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	66	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	10	100%	10,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	67	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	4	40	40	100%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	68	Attivazione processo di digitalizzazione Fascicolo Personale Dipendente	A) Progettazione e sviluppo piattaforma digitale(entro 30/06/2025) B) n° assunti anno 2025 don FPD digitalizzato /n° totale	A) SI B) 100%	25	25	100%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	69	corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN	coerenza tra dati OSSERVATORIO e dati OPESSAN	100%	25	25	100%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	70	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	10	100%	10,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	71	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	20	20	100%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	72	Attivazione Piano formativo 2025	A) n° corsi attivati /n° totale corsi previsti (inclusi i corsi extra-piano) B) realizzazione Corso di Formazione aziendale PNRR	A) ≥ 75% B) SI	40	40	100%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	73	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	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	74	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	10	100%	10,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	75	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	40	40	100%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	76	Elaborazione in integrazione con DIPSA e DMPO di progetti organizzativi/formativi.	N° progetti eleaborati	3	40	40	100%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	77	Incremento numero tirocinanti presso le degenze e i servizi dell'AOU S. Luigi	(N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2025 - N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2024) / N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2024	≥ 20%	40	40	100%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	78	Elaborazione dei piani standard dell'attività tutoriale, al fine di agevolare l'inserimento dei nuovi tutor professionali	costruzione dei piani standard relativi ad almeno 10 attività tutoriali consuete, a campione su un anno di corso.	≥ 10	20	20	100%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	79	Programmazione e monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei tirocinanti CLI e TRP – I anno di corso .Completamento percorso della sorveglianza sanitaria per l'acquisizione dell'idoneità fisica	N° studenti CLI e TRP - I anno di corso accertati prima dell'inizio del tirocinio / totale studenti CLI e TRP - I anno di corso	100%	40	40	100%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	80	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	20	20	100%	20,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	81	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	10	10	100%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	82	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	4	15	15	100%	15,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	83	Realizzazione interventi di edilizia sanitaria (in particolare in ambito antincendio)	rispetto del cronoprogramma Regionale (o in sua assenza rispetto del Cronoprogramma definito dalla Direzione Aziendale) : interventi completati/interventi	100%	25	25	100%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	84	Realizzazione Piano Aziendale Manutenzioni Ordinarie	n° interventi effettuati / totale n° interventi programmati con la Direzione Aziendale	≥ 85%	10	10	100%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	85	Sistemazione archivio ex "Stabulario" con smaltimento materiale ivi depositato (in coordinamento con S.S. Affari Generali e Legali)	Smaltimento materiale e sistemazione archivio ex "Stabulario" e progettazione totale ristrutturazione entro il 31/12/2025	SI	30	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	86	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	10	100%	10,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	87	Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie con attivazione procedure di recupero coattivo	Attivazione procedure di recupero coattivo: pratiche trasmesse da SS AAAS	100%	30	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	88	Sistemazione archivio ex "Stabulario" e Coordinamento smaltimento documenti ivi depositati (in coordinamento con S.C. Tecnico e Teconologie)	A) Invio di formale comunicazione alle strutture per gli adempimenti di competenza* entro il 15/02/2025, con eventuale sollecito entro il 31/03/2025;	A) SI B) SI	30	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	89	Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri	A) rendicontazione trimestrale B) differenza tra spesa 2025 e valore accontonato nel fondo rischio	A) SI B) Spesa 2025 ≤ valore	30	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	90	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	10	100%	10,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	91	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	4	20	20	100%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	92	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	10	10	100%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	93	Aggiornamento Applicativi e integrazione cartelle cliniche con FSE e adeguamento infrastrutturale e di manutenzione FSE	rispetto del Cronoprogramma Regionale per : - completamento di attività di adeguamento applicativi referntanti	SI	10	10	100%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	94	Gestione e monitoraggio Transizione Digitale	attivazione Cabina di Regia mensile e reportistica trimestrale avanzamento Transizione Digitale	100%	25	25	100%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	95	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	20	100%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	96	Installazione telecamere esterne	rispetto cronoprogramma Installazione nuove telecamere in aree esterne concordato con Direzione Generale	100%	10	10	100%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	97	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	5	100%	5,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	98	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	10	10	100%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	99	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	4	30	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	100	Monitoraggio contratto di gestione apparecchiature elettromedicali anche in relazione al rinnovo contrattuale SCR	report semestrali	2	20	20	100%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	101	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	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	102	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	10	100%	10,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	103	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	30	100%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	104	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	20	100%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	105	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	10	10	100%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	106	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate (in collaborazione con DMPO)	n° relazioni con monitoraggio disallineamento tra Flusso CUP e Flusso C e identificazione criticità	≥ 6	10	10	100%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	107	applicazione nuovo regolamento libera professione	A) Applicazione secondo il cronoprogramma definito con la Direzione, per quanto di competenza	SI	25	25	100%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	108	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	5	100%	5,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	109	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	30	30	100%	30,0
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	110	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	70	100%	70,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	111	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	30	30	100%	30,0
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	112	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	70	100%	70,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	113	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	30	30	100%	30,0
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	114	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	70	100%	70,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	115	Implementazione del percorso del paziente sottoposto a chirurgia maggiore, nella fase del pre ricovero sulla base del modello ERAS	Documentazione sul percorso definito	SI	50	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	116	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%	40	40	100%	40,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	117	formazione personale infermieristico e di supporto attraverso l'adozione del piano di formazione con il rispetto dei tempi previsti.	n. Infermieri e OSS formati nel rispetto del piano di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri ed OSS da formare	≥90%	15	15	100%	15,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	118	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 B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10	A) 100% B) 100%	30	30	100%	30,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	119	Inserimento personale infermieristico e di supporto	n. Infermieri e OSS inseriti/n. Infermieri ed OSS formati	≥80%	15	15	100%	15,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	120	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	121	Predisposizione in collaborazione con la componente medica della procedura di attivazione infermiere MET entro 30/06/2025	evidenza documentale	SI	50	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	122	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	123	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	30	30	100%	30,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	124	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	20	100%	20,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	125	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica	126	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	50	100%	50,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	127	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente medica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	20	20	100%	20,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	128	Completamento processo di informatizzazione delle richieste pasto dei pazienti ricoverati/operatori inamovibili.	Report mensile che evidenzi riunioni formative e assistenza operativa all'utilizzo dell'applicativo	12/anno	50	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	129	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 B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10	A) 100% B) 100%	30	30	100%	30,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	130	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	131	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	132	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	133	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	20	100%	20,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	134	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	40	100%	40,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	135	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	136	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	≥ 2	40	40	100%	40,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	137	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	138	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	139	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 B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10	A) 100% B) 100%	30	30	100%	30,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	140	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	50	100%	50,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	141	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	20	100%	20,0
DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area	142	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	50	100%	50,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	143	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	20	100%	20,0
DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	144	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	10	100%	10,0
DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	145	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	20	100%	20,0
DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	146	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	20	100%	20,0
DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	147	A)Elaborazione entro il 28 febbraio del Cronoprogramma del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero B) Completamento entro il 31/12/2025 delle fasi anno 2025 del	A) Data consegna Cronoprogramma B) evidenza documentale	A) 28/02/2025 B) SI	10	10	100%	10,0
DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	148	Monitoraggio applicazione nuovo modello di bed management.	Rilevazione mensile su giorno indice e compilazione della scheda progetto	12 rilevazioni/anno	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto	149	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	50	100%	50,0
DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto	150	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	50	100%	50,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	151	Controllo tempi di riammissione pazienti Terapia Intensiva	Tasso di pazienti dimessi dal reparto e nuovamente riammessi entro 72h in Terapia Intensiva San Luigi / totale pazientidimessi dal reparto	≤1,5%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	152	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	18	82%	14,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	153	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	16	89%	14,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	154	Predisposizione in collaborazione con la componente infermieristica della procedura di attivazione infermiere MET entro 30/06/2025	evidenza documentale	SI	10	10	100%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	155	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	14	100,0%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	156	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 B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024	A) ≤ 96% B) ≤ 90%	A) 4 B) 10	A) 4 B) 10	A) 100% B) 54%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	157	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	14	14	100%	14,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	158	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	16	100%	16,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	159	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	14	14	90%	12,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	160	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	14	100,0%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	161	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2024	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x 100	≤ 90%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	162	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	10	10	92%	9,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	163	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	16	16	100%	16,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	164	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100	> 100%	16	16	100%	16,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	165	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2025/ Peso medio DRG chirurgico 2024) x 100	≥ 100%	12	12	100%	12,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	166	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	167	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	14	100,0%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	168	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2024	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x 100	≤ 90%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	169	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 5%	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	170	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100	> 100%	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	171	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2025/ Peso medio DRG chirurgico 2024) x 100	≥ 100%	15	19	100%	19,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	172	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	19	100%	19,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	173	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	20	NV	NV	NV
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	174	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	17	100,0%	17,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	175	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 5%	20	25	100%	25,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	176	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100	> 100%	16	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	177	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	178	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	12	12	100%	12,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	179	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	14	100,0%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	180	Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGLA di i nteresse per classi di priorità UBDP	tempo di attea 2025 ≤ tempi previsti (o in alternativa tempo di attea 2025 < tempo di attesa 2024)	SI	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	181	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	20	20	91%	18,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	182	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	183	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	18	82%	14,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	184	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	185	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	14	100,0%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	186	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2024	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x 100	≤ 90%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	187	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	10	10	100%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	188	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	99%	14,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	189	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100	> 100%	15	15	100%	15,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	190	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	16	100%	16,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	191	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	12	12	90%	10,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	192	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	14	100,0%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	193	Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGLA di i nteresse per classi di priorità UBDP	tempo di attea 2025 ≤ tempi previsti (o in alternativa tempo di attea 2025 < tempo di attesa 2024)	SI	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	194	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	13	13	100%	13,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	195	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 5%	16	16	97%	15,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	196	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100	> 100%	15	15	93%	14,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	197	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	198	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	12	12	90%	10,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	199	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	14	100,0%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	200	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2024	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x 100	≤ 90%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	201	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	202	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	16	16	100%	16,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	203	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100	> 100%	15	15	100%	15,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	204	efficientamento Tasso di Occupazione, attraverso anche pianificazione e monitoraggio della gestione dei posti letto dipartimentali, in stretta collaborazione con il Bed Manager	Tasso di occupazione posti letto 2025	≥ 85%	50	50	100%	50,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	205	Riorganizzazione ed efficientamento del servizio di Prericovero	Stesura e attuazione del progetto	evidenza documentale	25	25	100%	25,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	206	Stesura Regolamento Utilizzo e Funzionamento della Week Surgery	Stesura del Regolamento	evidenza documentale	25	25	100%	25,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	207	attuazione percorsi interni	attuazione dei percorsi Lean applicati al Percorso Chirurgico individuati nel 2024	evidenza documentale	35	35	100%	35,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	208	Lean blocchi operatori	Identificazione, monitoraggio e discussione con gli operatori del Blocco Operatorio di almeno 2 nuovi indicatori evidenziati nel percorso Lean ulteriori rispetto agliindicaotri individuati nel 2024	evidenza documentale	40	40	100%	40,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	209	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	25	25	100,0%	25,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	210	Elaborazione di protocolli aziendali per la gestione del dolore in collaborazione con S.S. Qualità	n° protocolli	≥ 2	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	211	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	10	10	100%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	211,1	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	10	100%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	212	Predisposizione e rispetto turnistica anestesiologicala presso CLOSER	report	Evidenza documentale turnistica	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	213	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	11	11	100%	11,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	214	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	14	100,0%	14,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	215	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	216	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	25	25	82%	20,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	217	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	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	217,1	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	10	100%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	218	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	30	30	100,0%	30,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	219	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024) x 100	> 100%	15	15	100%	15,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	220	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	18	18	93%	16,7
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	221	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	10	10	90%	9,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	222	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	223	Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGLA di i nteresse per classi di priorità UBDP	tempo di attea 2025 ≤ tempi previsti (o in alternativa tempo di attea 2025 < tempo di attesa 2024)	SI	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	224	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	15	15	90%	13,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	225	Incremento del valore della produzione	produzione 2025	≥2023	18	18	99%	17,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	226	Screening Colo-rettale età 50-74 anni: esecuzione di tutti gli esami ricevuti all'interno del progetto Serena	eseami eseguiti/ esami ricevuti	100%	10	10	100%	10,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	227	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Talassemia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	228	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	229	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	16	16	80%	12,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	230	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	231	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 3%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	232	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	233	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	97%	14,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	234	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	12	12	90%	10,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	235	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	236	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	N° viste telemedicina 2025	≥ 150	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	237	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	98%	14,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	238	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	≥ 150	30	30	100%	30,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	239	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	240	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	12	12	100%	12,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	241	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	242	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	9	9	100%	9,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	243	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	244	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	35	35	100%	35,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	245	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	35	35	100%	35,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	246	Proposta progetto di presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica diversa da Sclerodermia	evidenza documentale	SI	25	25	100%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	247	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	16	92%	14,7
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	248	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	N° viste telemedicina 2025	≥ 50	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	373	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	10	10	100%	10,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico	249	Verifica corretta imputazione flussi C e C5 relativi alle analisi genetiche	flussi C analisi genetiche/flussi C5 analisi genetiche	100%	60	60	99%	59,4
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico	250	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	40	40	100%	40,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	251	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	25	33	100%	33,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	252	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	25	NV	NV	NV
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	253	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	produzione 2025 - produzione 2024	≥300.000 €	50	67	100%	67,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	254	Miglioramento nell'appropriatezza delle richieste dell'esame PROCALCITONINA	(tot esami PCT richiesti 2025/ tot pz presenti 2025) / (tot esami PCT richiesti 2024/ tot pz presenti 2024)	< 1	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	255	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	256	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	12	12	80%	9,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	257	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	258	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	259	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	14	14	50%	7,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	260	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente infermieristica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	261	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	13	13	100%	13,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	262	Applicazione e monitoraggio del piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.	report trimestrale	4	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	263	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 B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024	A) ≤ 96% B) ≤ 90%	A) 4 B) 10	A) 4 B) 10	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	264	Incremento del valore dell'indice di Rotazione	Indice rotazione 2025	> del dato 2024	13	13	100,0%	13,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	265	Contenimento proporzione ricoveri da P.S.	ricoveri ospedalieri da PS 2025/totale accessi PS 2025	≤ al dato 2024	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	266	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	30	30	100,0%	30,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	266,1	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	10	100%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	267	mantenimento volumi attività rispetto al 2024	volumi produzione 2025	≥ al dato 2024	35	35	100%	35,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	268	Screening Colo-rettale età 50-74 anni: esecuzione di tutti gli esami ricevuti all'interno del progetto Serena	eseami eseguiti/ esami ricevuti	100%	25	25	100%	25,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	269	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	270	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	10	10	60%	6,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	271	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	272	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	273	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	12	12	100%	12,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	274	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	275	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	276	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	19	95%	18,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	277	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	15	NV	NV	NV
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	278	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	16	100%	16,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	279	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	16	100%	16,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	280	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	21	25	99%	24,7
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	281	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	20	24	100%	24,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	282	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	283	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	10	10	100%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	284	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	285	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	286	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	12	12	100%	12,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	287	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	288	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	289	Audit di appropriatezza prescrittiva esami degli accertamenti radiodiagnostici	Organizzazione di almeno 4 audit/focus group dedicati al miglioramento dell'appropriatezza delle richieste.	4	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	290	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	291	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	15	15	90%	13,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	292	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	293	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	294	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	12	12	92%	11,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	295	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	100%	15,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	296	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	297	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	22	20	80%	16,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	298	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	299	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	(N° viste telemedicina 2025 / N° viste telemedicina 2024) x 100	>100%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	300	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	301	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	20	20	100%	20,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	302	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	303	Stesura di un progetto volto ad estendere l'attività su 6 giorni settimanali entro il primo semestre 2025	relazione	SI	25	25	100%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	304	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	20	20	90%	18,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	305	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	produzione 2025 - produzione 2024	≥700.000 €	35	35	100%	35,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	306	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	18,5	18,5	100%	18,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	307	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	23,5	23,5	100%	23,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	308	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	-00,0	0	NV	NV
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	309	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	38,5	38,5	100%	38,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	310	mantenimento volumi attività rispetto al 2024	volumi produzione 2025	≥ al dato 2024	19,5	19,5	100%	19,5

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	311	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	16	100,0%	16,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	312	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	313	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	314	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2024	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2024) x 100	≤ 90%	14	14	66%	9,2
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	315	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	10	10	99%	9,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	316	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	317	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	15	15	100%	15,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	318	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	25	25	100%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	318,1	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	10	100%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	319	Riprogettazione dei flussi routine-urgenza-emergenza finalizzata alla ottimizzazione dei processi critici evidenziati dallo studio preliminare per l'organizzazione della gestione CORELAB settore chimica clinica secondo metodologia LEAN	presenza progetto	SI	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	320	Studio preliminare per la riorganizzazione della gestione settore microbiologia	evidenza documentale	SI	25	25	100%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	321	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	25	25	100%	25,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	322	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	≥ del dato 2024	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	323	Rispetto dei tempi di degenza massimi previsti dalla normativa.	n° casi con giornate di degenza massima > valori soglia previsti dalla norma / nà totale casi	< al dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	324	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	325	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	326	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	15	93%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	327	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 2024	15	15	100,0%	15,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	328	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	12	12	100%	12,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	329	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	330	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	331	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	332	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	15	15	93%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	333	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	334	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	15	15	100%	15,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	335	Presa in carico clinico-assistenziale globale affetto da Fibrosi Cistica. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	12	12	100%	12,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	336	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	94%	14,1
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	337	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	338	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	339	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	340	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 2,5%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	341	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	14	14	100%	14,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	342	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	343	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	25	25	100%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	344	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	345	1) Analisi iniziale e mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nei SPDC 2) Implementazione di protocolli operativi standard per la gestione dei pazienti in stato di agitazione in accordo con le direttive regionali	1) Report di mappatura as is (entro giugno 2025) 2) Protocolli approvati e adottati	1) presenza report 2) presenza di almeno 1 protocollo	1) 7 2) 7	1) 7 2) 7	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	346	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	347	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	16	16	100%	16,0

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	348	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	12	12	100%	12,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	349	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	350	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	351	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2024	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2024	≤ 96%	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	352	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	15	88%	13,2
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	353	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	354	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A)≤ 6 ore B ≤ 85%	15	15	75%	11,3

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	355	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	20	95%	19,1
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	356	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	15	15	90%	13,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	357	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	358	Collaborare con le strutture deputate e per quanto di competenza al "Tariffario Aziendale delle Prestazioni sanitarie extra Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogate a favore di pazienti ricoverati presso strutture altre Aziende Sanitarie/Ospedaliere"	evidenza documentale	SI	20	20	100%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	359	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	15	100%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	360	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	15	96%	14,4

copia informatica per consultazione Protocollo n° 9987 del 06/07/2026

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	361	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	16	100%	16,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	362	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥100%	20	20	80%	16,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	363	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	16	16	100%	16,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	364	Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGLA di i nteresse per classi di priorità UBDP	tempo di attea 2025 ≤ tempi previsti (o in alternativa tempo di attea 2025 < tempo di attesa 2024)	SI	14	14	100%	14,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	365	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	16	16	100%	16,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	366	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	18	18	100%	18,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	367	Monitoraggio formazione in materia di sicurezza degli specializzandi iscritti al 1° anno o comunque per i quali l'attestato sia scaduto	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale , con evidenza azioni intraprese in caso di mancata formazione	SI	50	50	100%	50,0
DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	368	Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti gli specializzandi afferenti all'AOU San Luigi	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale con scadenza accertamenti ed accertamenti effettuati.Evidenza delle segnalazioni effettuate in caso di mancata formazione	SI	50	50	100%	50,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	328	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	50	50	100%	50,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	328	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	50	50	100%	50,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	371	Applicazione di trattamento psicologico a pazienti e loro caregivers in almeno 10 casi ritenuti opportuni, dalle valutazioni del precedente obiettivo.	A) Trattamenti psicologici specialistici (cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio B) trattamenti specialistici ad altri pazienti	A) ≥ 25 B) ≥ 400	50	50	100%	50,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	372	Valutazione psicologica di pazienti oncologici e loro caregivers,in setting ambulatoriale e ospedaliero, a cui è stata data indicazione alle cure palliative, anche precocemente in simultaneous care	Colloqui psicologici (cod. catalogo 94.09.4)	≥ 15	50	50	100%	50,0