



Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 427 SEDUTA DEL 29/04/2026

OGGETTO: Aziende Sanitarie regionali - Assegnazione obiettivi per l'anno 2026.

		PRESENZE
Proietti Stefania	Presidente della Giunta	Presente
Bori Tommaso	Vice Presidente della Giunta	Presente
Barcaioli Fabio	Componente della Giunta	Presente
De Luca Thomas	Componente della Giunta	Presente
De Rebotti Francesco	Componente della Giunta	Presente
Meloni Simona	Componente della Giunta	Presente

Presidente: **Stefania Proietti**

Segretario Verbalizzante: - Carlo Cipiciani

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

L'atto si compone di 10 pagine

Fanno parte integrante dell'atto i seguenti allegati:

allegato 1_OBIETTIVI DG 2026 USL (1).

allegato 2_OBIETTIVI DG 2026 USL (2).

allegato 3_OBIETTIVI DG 2026 AOPG.

allegato 4_OBIETTIVI DG 2026 AOTR.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto **“Aziende Sanitarie regionali - Assegnazione obiettivi per l'anno 2026.”** e la conseguente proposta della Presidente Stefania Proietti;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Richiamato il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”*;

Visto il d.p.c.m. 19 luglio 1995, n. 502 *“Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.”*;

Visto il decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 *“Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria”*;

Richiamata la l.r. 9 aprile 2015, n. 11. *“Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”*;

Richiamato in particolare l'art. 28 della citata l.r. 11/2015 che disciplina la valutazione dell'attività del Direttore generale delle Aziende sanitarie regionali;

Dato atto che i Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali, attualmente in carica, sono:

- Direttore generale dell'Azienda USL Umbria n. 1: dott. Emanuele Ciotti;
- Direttore generale dell'Azienda USL Umbria n. 2: dott. Roberto Noto;
- Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia Santa Maria della Misericordia: dott. Antonio D'Urso;
- Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni: dott. Andrea Casciari.

Dato atto che nelle deliberazioni di attribuzione dell'incarico dei sopra citati Direttori generali è stato disposto che gli stessi, nello svolgimento dell'incarico, sono tenuti anche all'osservanza ed attuazione delle seguenti disposizioni:

- articolo 3-bis del d.lgs. 502/1992, comma 7-bis, il quale prevede che *“L'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la **decadenza automatica dello stesso**”*; (vedasi anche l'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge n. 289/2002);
- articolo 10, comma 6, del Patto per la Salute 2014-2016 ove è previsto: *“Si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i Direttori Generali, costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'articolo 3 bis, comma 5, del decreto legislativo n. 502/1992 s.m.i., con la previsione di **decadenza automatica dei Direttori Generali**”*;
- articolo 3, comma 8, dell'Intesa del 23/3/2005 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ove è previsto che il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario costituisce grave inadempimento ai fini della confermabilità nell'incarico del direttore generale; Il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi compresi nel sistema informativo sanitario nazionale e regionale costituisce grave motivo ai sensi dell'articolo 28 della l. r. 11/2015;
- articolo 28 della l.r. 11/2015. Il mancato rispetto da parte del Direttore generale della normativa vigente in materia di appalti e di contenimento della spesa per beni e servizi ai sensi dell'articolo 2 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, **costituisce oggetto di valutazione del direttore medesimo**; il mancato rispetto dà luogo alla

decurtazione del 50% della percentuale, stabilita dalla Giunta regionale, di incremento del compenso;

- articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018 il quale dispone che dal 1/01/2019 per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato.

La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo è pari al 30%; la mancata osservanza o il mancato conseguimento di quanto sopra evidenziato comportano le sanzioni normativamente previste;

Dato atto che non è stato ancora sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il previsto Accordo, di cui al comma 3 dell'art. 2 del d.lgs. 171/2016, con il quale dovevano essere definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare le attività dei direttori generali;

Richiamata la d.g.r. n. 942 del 3 agosto 2015, con cui la Giunta regionale ha approvato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 della l.r. 11/2015, il documento "**Tempi e procedure per la valutazione degli obiettivi aziendali assegnati ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali**", sul quale si è espresso positivamente l'OIV, in data 17 luglio 2015 (parere acquisito al protocollo regionale in data 20 luglio 2015 al n. 0105540);

Ritenuto, allo stato dell'arte, di attribuire per l'anno 2026, ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dell'art. 2, commi 2, 3 e 4, del d.lgs. 171/2016 e dell'art. 28 della l.r. 11/2015, gli obiettivi alle Aziende sanitarie regionali, individuati con riferimento:

- agli adempimenti previsti dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'incremento del finanziamento della spesa sanitaria,
- alle indicazioni pervenute dalla Corte dei Conti,
- alle disposizioni nazionali e regionali,
- alle linee programmatiche e alle misure del PNRR e del PNC della Missione 6 Salute con milestone e target di riferimento, rispetto a cui si richiamano le Deliberazioni adottate dalla Giunta regionale attuative delle relative linee di finanziamento;

Considerato, altresì - anche in relazione a quanto disposto con le deliberazioni di attribuzione dei sopra citati incarichi - che:

- con apposito provvedimento la Giunta regionale stabilisce la percentuale di integrazione del compenso di cui all'art. 4 del contratto per lo svolgimento dell'incarico di Direttore generale entro il limite massimo del **20%** previsto dalle disposizioni vigenti. La corresponsione di tale integrazione è subordinata alla verifica, da parte della Giunta regionale, del raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Azienda sanitaria di riferimento della cui realizzazione è responsabile il Direttore generale dell'Azienda medesima, nonché all'esito della verifica di cui al combinato disposto dell'art. 28 della l.r. 11/2015 e del comma 4, dell'art. 2 del d.lgs. 171/2016;
- la suddetta integrazione può essere oggetto di decurtazione nelle fattispecie di seguito descritte:
 - ❖ in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 28 della l.r. 11/2015, il mancato rispetto da parte del Direttore generale della normativa vigente in materia di appalti e di contenimento della spesa per beni e servizi - ai sensi dell'articolo 2 del decreto 347/2001, convertito, con modificazioni, dalla legge 405/2001 - dà luogo alla decurtazione del **50%** della percentuale, stabilita dalla Giunta regionale, di incremento del compenso di cui all'art. 4 del contratto per lo svolgimento dell'incarico di Direttore generale;
 - ❖ ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato del Direttore generale trova applicazione quanto disposto dal comma 865 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 che prevede l'inserimento nel contratto di prestazione d'opera di uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo è pari al **30%**, con le modalità individuate nella disposizione medesima che si intende totalmente richiamata;

Tenuto conto che, oltre agli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, permangono a carico dei Direttori generali pro tempore delle Aziende sanitarie regionali i vincoli previsti dalle disposizioni vigenti e contrattuali con particolare riferimento a quelli che rivestono interesse prioritario per la Regione, in quanto il loro rispetto comporta la possibilità per la stessa di accedere alla quota premiale del Finanziamento Sanitario di Parte corrente (adempimenti LEA, Adempimenti MEF, ecc);

Richiamato il comma 1 dell'art. 3 del contratto sottoscritto dai Direttori generali sopra richiamati che prevede che *“il Direttore generale si obbliga a rispettare, in coerenza con le disposizioni nazionali e regionali, l'equilibrio economico-finanziario aziendale, il cui mancato rispetto comporta ex lege la decadenza automatica dall'incarico ai sensi dell'art. 52, comma 4 lett. d) della legge 289/2002”*;

Dato atto che gli obiettivi aziendali per l'anno 2026 - di cui agli **Allegati n. 1, 2, 3 e 4** - sono stati esposti, in appositi incontri, ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali;

Ritenuto di dover procedere all'attribuzione formale degli obiettivi per l'anno 2026 alle Aziende sanitarie regionali, della cui realizzazione sono responsabili i Direttori generali delle Aziende medesime;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

Visto l'articolo 17, comma 2 del Regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione:

- 1) di attribuire formalmente per l'anno 2026, ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dell'art. 2, commi 2, 3 e 4, del d.lgs. 171/2016, del D.P.C.M. 502/1995 e dell'art. 28 della l.r. 11/2015, gli obiettivi alle Aziende sanitarie regionali, della cui realizzazione sono responsabili i Direttori generali delle Aziende medesime, in carica alla data di adozione del presente provvedimento;
- 2) di confermare che oltre agli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi permangono a carico dei Direttori generali pro tempore delle Aziende sanitarie regionali i vincoli previsti dalle disposizioni vigenti e contrattuali, con particolare riferimento a quelli che rivestono interesse prioritario per la Regione, in quanto il loro rispetto comporta la possibilità per la stessa di accedere alla quota premiale del Finanziamento Sanitario di Parte corrente (adempimenti LEA, Adempimenti MEF, ecc), tra i quali si richiamano:
 - il conseguimento dell'equilibrio economico – finanziario aziendale (art. 3, comma 1 del contratto per lo svolgimento delle funzioni di Direttore generale il cui mancato conseguimento comporta la decadenza automatica dall'incarico);
 - il rispetto dei debiti informativi dei flussi di Governo e NSIS (art. 5 del contratto per lo svolgimento delle funzioni di Direttore generale);
- 3) di stabilire che verrà effettuato il monitoraggio per verificare l'andamento delle attività previste negli obiettivi di cui agli **Allegati n. 1, 2, 3 e 4**;
- 4) di stabilire che il processo di valutazione terrà conto, tra l'altro, dell'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi fissati, dovuto a cause esterne all'Azienda (di che trattasi) e non governabili dal Direttore generale della Azienda stessa, purché il Direttore generale segnali formalmente e tempestivamente, rispetto al verificarsi dell'evento, alla Giunta regionale e al Direttore regionale alla Salute e Welfare le citate cause esterne ostative al raggiungimento dell'obiettivo, al fine di addivenire ad una rinegoziazione che ne tenga conto;
- 5) di ribadire che gli obiettivi aziendali da conseguire per l'anno 2026, di cui al presente atto, devono essere realizzati, sia nel rispetto del vincolo di spesa complessiva, che nel rispetto dei tetti previsti per specifiche voci di costo;
- 6) di stabilire che a seguito della verifica da parte della Giunta regionale del raggiungimento degli obiettivi prefissati, nonché all'esito della verifica - di cui al combinato disposto dell'art. 28 della

l.r. 11/2015 e del comma 4, dell'art. 2 del d.lgs. 171/2016 - con apposito provvedimento, la Giunta medesima determinerà, ove previsto, la percentuale di integrazione del trattamento economico previsto dall'art. 4 del contratto per lo svolgimento dell'incarico di Direttore generale entro il limite massimo del **20%** previsto dalle disposizioni vigenti;

- 7) di confermare che, in osservanza a quanto contenuto nei contratti stipulati con i Direttori generali richiamati in premessa, concorre alla determinazione complessiva dell'integrazione contrattuale di cui al punto 6), il mancato rispetto da parte del Direttore generale:
 - della normativa vigente in materia di appalti e di contenimento della spesa per beni e servizi - ai sensi dell'articolo 2 del decreto legge 347/2001, convertito, con modificazioni, dalla legge 405/2001 – che dà luogo alla decurtazione del 50% della percentuale, stabilita dalla Giunta regionale, di incremento del compenso di cui al precedente punto 6);
 - dell'osservanza dei tempi di pagamento di cui al comma 865 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo è pari al 30%, con le modalità individuate nella disposizione medesima che si intende totalmente richiamata;
- 8) di confermare che, in attesa degli esiti per l'anno di riferimento del Tavolo Adempimenti, istituito presso il MEF, e del Tavolo adempimenti LEA (i cui risultati sono propedeutici all'accesso della Regione alla quota premiale del Finanziamento Sanitario di Parte corrente), si procederà ad effettuare la valutazione dei risultati conseguiti dai singoli Direttori generali - sulla base della rendicontazione degli obiettivi annuali, della Relazione sanitaria aziendale annuale di cui all'art. 29 della l.r. 11/2015 e previo conseguimento del pareggio di bilancio o di utile dello stesso – e conseguentemente ad erogare una quota parte fino al 90%, a seguito dell'esito positivo della verifica da parte delle strutture regionali competenti, salvo conguaglio da riconoscere dopo l'attestazione del conseguimento degli adempimenti sopra richiamati;
- 9) di notificare il presente atto alle Aziende sanitarie ed ai soggetti interessati per gli adempimenti di competenza.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Aziende Sanitarie regionali - Assegnazione obiettivi per l'anno 2026.

Premesso che:

La legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 “*Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali*”, all’articolo 28 dispone, così come modificato da ultimo dall’art. 31 della l.r. 7 aprile 2026, n. 4, quanto segue:

Art. 28

(Valutazione dell'attività del Direttore generale)

1. La Giunta regionale, con proprio atto, disciplina le modalità e i criteri per la valutazione annuale e per la valutazione a ventiquattro mesi, di cui all'articolo 2, comma 4 del d.lgs. 171/2016, dell'attività del Direttore generale in riferimento alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in termini di efficacia e di efficienza, dei risultati di gestione conseguiti in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati nel Piano sanitario regionale di cui all'articolo 12 nel Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFRR) e negli altri atti di indirizzo emanati dalla Regione. Il mancato rispetto da parte del Direttore generale della normativa vigente in materia di contenimento della spesa per beni e servizi ai sensi dell'articolo 2 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, costituisce oggetto di valutazione ai sensi del presente comma.

2. La Giunta regionale per i procedimenti di cui al presente articolo si avvale del supporto tecnico delle proprie strutture e dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV) di cui all'articolo 98-ter, della l.r. 13/2000, il quale predispone per la Giunta regionale una relazione istruttoria sui risultati di gestione conseguiti dai Direttori generali delle Aziende sanitarie.

3. Le strutture tecniche della Direzione regionale competente in materia di salute provvedono a:

- a) svolgere funzioni istruttorie per individuare gli obiettivi di mandato ed annuali da assegnare ai direttori generali nonché i profili di valutazione degli stessi;
- b) predisporre, ai fini delle verifiche annuali e della valutazione di cui all'articolo 2, comma 4, del d.lgs. 171/2016, una relazione istruttoria sui risultati di gestione conseguiti dai direttori generali con riguardo agli obiettivi assegnati;
- c) acquisire la relazione istruttoria dell'OIV sui risultati di gestione conseguiti dai Direttori generali delle Aziende sanitarie.

4. La Giunta regionale ai fini della valutazione dell'attività del Direttore generale acquisisce la relazione di cui all'articolo 29.

5. All'esito delle verifiche di cui al presente articolo la Giunta regionale dispone, con provvedimento motivato, la conferma dell'incarico o la risoluzione del contratto.

La metodologia per effettuare la valutazione è stata approvata con la d.g.r. n. 942 del 3 agosto 2015 dalla Giunta regionale che ha adottato il documento “**Tempi e procedure per la valutazione degli obiettivi aziendali assegnati ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali**” – sul quale l’Organismo Indipendente di Valutazione pro tempore della Regione Umbria si è espresso positivamente (parere acquisito al protocollo regionale in data 20.07.2015 al n. 0105540).

I Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali, attualmente in carica, sono:

- Direttore generale dell’Azienda USL Umbria n. 1: dott. Emanuele Ciotti;
- Direttore generale dell’Azienda USL Umbria n. 2: dott. Roberto Noto;
- Direttore generale dell’Azienda Ospedaliera di Perugia Santa Maria della Misericordia: dott. Antonio D’Urso;
- Direttore generale dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni: dott. Andrea Casciari.

Per l’anno 2026, si rende necessario formalizzare gli obiettivi da attribuire alle Aziende sanitarie regionali e della cui realizzazione sono responsabili i Direttori generali delle Aziende medesime.

Si rileva, inoltre, che, oltre alle direttive/linee guida regionali emanate, i Direttori generali in carica sono tenuti anche all’osservanza dei seguenti obblighi:

- o il conseguimento dell’equilibrio economico – finanziario aziendale (art. 3, comma 1 del contratto per lo svolgimento delle funzioni di Direttore generale);

- il rispetto dei debiti informativi dei flussi di Governo e NSIS (art. 5 del contratto per lo svolgimento delle funzioni di Direttore generale);
- il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e di contenimento della spesa per beni e servizi - ai sensi dell'articolo 2 del decreto 347/2001, convertito, con modificazioni, dalla legge 405/2001 – il cui mancato raggiungimento dà luogo alla decurtazione del 50% della percentuale, stabilita dalla Giunta regionale, di incremento del compenso di cui all'art. 4 del contratto per lo svolgimento dell'incarico di Direttore generale.
- il rispetto dei tempi di pagamento, disposto dal comma 865 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, (la quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo è pari al 30 per cento, con le modalità individuate nella disposizione medesima).

Permangono a carico dei sopra richiamati Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali i vincoli previsti dalle disposizioni vigenti e contrattuali con particolare riferimento a quelli che rivestono interesse prioritario per la Regione, in quanto il loro rispetto comporta la possibilità per la stessa di accedere alla quota premiale del Finanziamento Sanitario di Parte corrente. In particolare oltre a quelli previsti dai Patti per la Salute, permangono gli adempimenti a carico delle Regioni posti dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'art. 9 dell'intesa stato-regioni del 23 marzo 2005 e dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, di cui all'art. 12 dell'intesa stato-regioni del 23 marzo 2005.

Evidenziato che non è stato ancora sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il previsto Accordo, di cui al comma 3 dell'art. 2 del d.lgs. 171/2016 - con il quale dovevano essere definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare le attività dei direttori generali - si rimanda a quanto disposto dall'art. 2, commi 2 e 3 del d.lgs. 171/2016 ed all'art. 28 (Valutazione dell'attività del Direttore generale) della l.r. 11/2015.

Negli atti di nomina dei sopra citati Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali e nei relativi contratti di incarico è previsto che, con apposito provvedimento, la Giunta regionale stabilisca la percentuale di incremento del compenso (cfr. art. 5 del contratto per lo svolgimento dell'incarico di Direttore generale) entro il limite massimo del 20% previsto dalle disposizioni vigenti. La corresponsione di tale incremento è subordinata alla verifica da parte della Giunta regionale del raggiungimento degli obiettivi prefissati, nonché all'esito della verifica di cui al combinato disposto dell'art. 28 della l.r. 11/2015 e dell'art. 2 del d.lgs. 171/2016.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere alla formalizzazione degli obiettivi da assegnare per l'anno 2026 alle Aziende sanitarie regionali, la Direzione regionale Salute e Welfare - sulla base dei documenti programmatici nazionali e regionali approvati, delle direttive vincolanti per le Aziende regionali, delle indicazioni pervenute dal Tavolo adempimenti - ha individuato una griglia di obiettivi, che sono riportati negli **Allegati n. 1, 2, 3 e 4** alla presente deliberazione.

Gli obiettivi aziendali per l'anno 2026 - di cui agli **Allegati n. 1, 2, 3 e 4** - sono stati preventivamente esposti nei contenuti ai Direttori generali in occasione di specifici incontri.

Per quanto sopra, allo stato degli atti e sulla base delle premesse sopra riportate, si ritiene opportuno proporre alla Giunta regionale di formalizzare l'assegnazione degli obiettivi alle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2026 - alla cui realizzazione sono tenuti i Direttori generali delle Aziende medesime - ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dal decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 e dall'art. 28, della l.r. n. 11/2015, così come risultanti dagli **Allegati n. 1, 2, 3 e 4** al presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Si evidenzia, altresì, che nei contratti stipulati con i Direttori generali sopra indicati è stato sottoscritto quanto segue: *“Le parti concordano che la Giunta regionale procederà annualmente, in attesa degli esiti per l'anno di riferimento del Tavolo Adempimenti istituito presso il MEF e del Tavolo adempimenti LEA (i cui risultati sono propedeutici all'accesso della Regione alla quota premiale del Finanziamento Sanitario di Parte corrente), ad effettuare la valutazione dei risultati conseguiti dal Direttore generale -*

sulla base della rendicontazione degli obiettivi annuali, della Relazione sanitaria aziendale annuale di cui all'art. 29 della l.r. 11/2015 e previo conseguimento del pareggio di bilancio o di utile dello stesso - e ad erogare una quota parte fino al 90%, a seguito dell'esito positivo della verifica da parte delle strutture regionali competenti, salvo conguaglio da riconoscere dopo l'attestazione del conseguimento degli adempimenti sopra richiamati."

A titolo di completezza si osserva che per effetto della modifica dell'art. 28 della l.r. 11/2015 - apportata dall'art. 31 della l.r. 7 aprile 2026, n. 4 - è stata reintrodotta la partecipazione al processo di valutazione dei Direttori generali dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) della Regione Umbria, a decorrere dal 9 aprile 2026.

Per quanto sopra esposto, si invita la Giunta regionale ad assumere determinazioni in merito alla assegnazione degli obiettivi per l'anno 2026 alle Aziende sanitarie regionali, della cui realizzazione sono responsabili i Direttori generali delle Aziende medesime.

Si propone alla Giunta di adottare ai sensi dell'art. 17, comma 2 del vigente Regolamento interno della Giunta le determinazioni di competenza in merito a quanto sopra esposto.

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 28/04/2026

Il responsabile del procedimento
Alessandra Conti

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, lì 28/04/2026

Il dirigente del Servizio
Affari generali, attività amministrative e
politiche del personale del SSR

- Davina Boco
Titolare

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione, esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 28/04/2026

IL DIRETTORE
DIREZIONE REGIONALE SALUTE E WELFARE
- Daniela Donetti
Titolare

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PROPOSTA ASSESSORE

Il Presidente Stefania Proietti ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, lì 29/04/2026

Presidente Stefania Proietti
Titolare

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

Obiettivi DG USL 1 2026

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo generale	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	TEMPISTICA DI MONITORAGGIO	NOTE
1	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area prevenzione strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e degli indicatori del Bersaglio MeS	25	1	Trasversale	NSG e LEA Aree Prevenzione, Territorio, Ospedale	Pianificazione attività per raggiungimento obiettivi NSG core dell'Area Prevenzione, dell'Area Territorio, dell'Area Ospedale	N. obiettivi raggiunti/N. obiettivi previsti da NSG core	31/12/2026	100% raggiungimento tutti obiettivi previsti nella scheda di dettaglio 70% se raggiunti oltre il 60% degli obiettivi previsti nella scheda di dettaglio per le singole aree con somma punteggi della scheda di dettaglio per singolo obiettivo 0% obiettivi raggiunti inferiori all'60% di quelli previsti nella scheda di dettaglio	RICCI-BALDACCI	ANNUALE TRIMESTRALE E MENSILE PER GLI INDICATORI CHE LO CONSENTONO	scheda di dettaglio
2	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Efficiamento aziendale della rete territoriale e ospedaliera	25	2	Trasversale	Programmazione e sostenibilità economica	Stesura del Piano di Efficiamento aziendale nel rispetto dei criteri indicati con indicatori di sostenibilità da presentare alla Direzione Regionale	1. Stesura del Piano nel rispetto dei criteri indicati 2. Miglioramento dell'indice Costi operativi ordinari / Ricavi operativi ordinari, calcolato sulle voci A e B del CE ministeriale, al netto delle partite straordinarie, calcolato a IV trimestre 2026, rispetto al IV trimestre 2025. 3. Miglioramento del margine di contribuzione dei Presidi Ospedalieri	31/12/2026	1. Presentazione del Piano di Efficiamento entro il 31.5.2026 2. Miglioramento di almeno 0,05 punti 3. Margine di contribuzione migliorato del 20% rispetto al 2024 per i Presidi Ospedalieri	TUTTI I DIRIGENTI	ANNUALE E MENSILE PER GLI INDICATORI CHE LO CONSENTONO	Scheda di dettaglio criteri per stesura del Piano di Efficiamento e relativi indicatori di monitoraggio Il Piano deve essere presentato entro il 31 maggio 2026 e viene valutato per la completezza rispetto ai criteri e agli obiettivi/indicatori che contiene e successivamente sottoposto a monitoraggio
3	Attuazione del Piano di Governance delle liste di attesa	10	3a	Territorio - Ospedale	Governo delle liste di attesa	Attuazione del Piano Operativo di recupero straordinario liste di attesa specialistica ambulatoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico per patologia oncologica e per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità A per patologia oncologica e per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA in rapporto al totale di prestazioni di classe A per tali prestazioni nell' anno 2026	31/12/2026	> 95%	RICCI - BALDACCI	ANNUALE, TRIMESTRALE E MENSILE	
		15	3b	Territorio - Ospedale	Governo delle liste di attesa	Attuazione del Piano Operativo di recupero straordinario liste di attesa specialistica ambulatoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sottoposte a monitoraggio dal PNGLA. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, delle classi di priorità U, B e D per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA in rapporto al totale di prestazioni di classe U, B e D	31/12/2026	> 95%	RICCI - BALDACCI	ANNUALE, TRIMESTRALE E MENSILE	
5	Piena attuazione dei Piani Strategici regionali	25	4	Trasversale	Programmazione	Pianificazione attività per raggiungimento obiettivi dei Piani individuati come strategici per la programmazione della Direzione Salute e e Welfare	N. obiettivi raggiunti/ n. obiettivi previsti	31/12/2026	100% raggiungimento tutti obiettivi previsti nella scheda di dettaglio 50% se raggiunti oltre l'80% degli obiettivi previsti nella scheda di dettaglio con somma punteggi della scheda di dettaglio per singolo obiettivo 0% obiettivi raggiunti inferiori all'80% di quelli previsti nella scheda di dettaglio	DIRIGENTI INDICATI SCEDA DI DETTAGLIO	COME DA SCEDA	scheda di dettaglio

100

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi specifici Indicatori NSG LEA

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
1a	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area prevenzione strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)	0,1	1a.1	Prevenzione	NSG area prevenzione	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi)/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	31/12/2026	> o = 95%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,1	1a.2	Prevenzione	NSG area prevenzione	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose/numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita	31/12/2026	> o = 95%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,1	1a.3	Prevenzione	NSG area prevenzione	P05C – Copertura vaccinale anti - HPV	Numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi/ Numero di bambine della rispettiva coorte di nascita	31/12/2026	> o = 95%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,1	1a.4	Prevenzione	NSG area prevenzione	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,3) + (% controlli di farmacovigilanza veterinaria8 x 0,2)	31/12/2026	100%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,1	1a.5	Prevenzione	NSG area prevenzione	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2)	31/12/2026	100%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		2	1a.6	Prevenzione	NSG area prevenzione	P14C- Indicatore composito sugli stili di vita	Numero di soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due. Il punteggio è inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori (fumo, eccesso ponderale, alcool, sedentarietà)/Popolazione stimata 18-69 residente nella USL	31/12/2026	> o = 80%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,2	1a.7	Prevenzione	NSG area prevenzione	P15Ca CERVICE- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il cervicocarcinoma/residenti eleggibili (25-64) /3	31/12/2026	> o = 70%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		1	1a.8	Prevenzione	NSG area prevenzione	P15Cc COLON- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Persone in età target 4 che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma del colon retto/residenti eleggibili (50-69) /2	31/12/2026	> o = 70%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,2	1a.9	Prevenzione	NSG area prevenzione	P15Cb MAMMELLA- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma della mammella/residenti eleggibili (50-69) / 2	31/12/2026	> o = 70%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
1h	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area territoriale strutturati secondo le dimensioni dell'equità,	0,1	1b,1	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D01C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE)./Numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice.	31/12/2026	< o = 13%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1b,2	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D02C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	Numero di ricoveri per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE)./Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice	31/12/2026	< o = 13%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1b,3	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	N. dimissioni/Popolazione residente	31/12/2026	< o = 60%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1b,4	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	3° quartile della distribuzione relativa all'anno di riferimento degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto.	31/12/2026	< 18 minuti	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1b,5	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	N.di prestazioni garantire nei tempi di attesa della classe B	31/12/2026	> o = 95%	RICCI-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1b,6	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D14C - Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici.	Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente/Popolazione residente	31/12/2026	dimezzamento del valore anno 2024=7.168,94	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1b,7	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D22Z CIA1 D22Z CIA2 D22Z CIA3 - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) CIA 3 (Numero GEA / numero GdC)	31/12/2026	CIA 1 = 0,14 – 0,30 CIA 2 = 0,31 - 0,50 CIA 3 = > 0,50	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		1	1b,8	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria/Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimentosto.	31/12/2026	< 4%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
	dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)	2	1b,9	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + Σ Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (Motivo conclusione valorizzato con 3) per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208. Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente). /Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	31/12/2026	> o = 70%	BATTISTON-BALDACC	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1b,10	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3)/popolazione residente di età >75 aa	31/12/2026	> o = 60%	BATTISTON-BALDACC	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,5	1b,11	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	PDTA03(B) - Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi >= 75%/ Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	31/12/2026	> o = 70%	BATTISTON-BALDACC	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,5	1b,12	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	PDTA01: Percentuale di pazienti con BPCO aderenti al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice >= 75%/Totale dei pazienti prevalenti per BPCO	31/12/2026	> o = 60%	BATTISTON-BALDACC	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,5	1b,13	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	EO01 - Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche	% di pazienti che rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche	31/12/2026	< 5%	BATTISTON-BALDACC	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1c,1	Ospedale	NSG area ospedaliera	H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	Numero dimissioni Chirurgia Senologica U.O. di Chirurgia Senologica	31/12/2026	> o = 150	RICCI - BALDACC	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c,2	Ospedale	NSG area ospedaliera	H03Z - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella/Numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	31/12/2026	Range tra 0 e 1	RICCI - BALDACC	Servizio Programmazione e Servizio Informatico

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
1c	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area ospedaliera strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)	0,3	1c,3	Ospedale	NSG area ospedaliera	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato"./N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	31/12/2026	< o = 0,14	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,5	1c,4	Ospedale	NSG area ospedaliera	H05Z - Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	Numero di ricoveri con intervento di colecistomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/Numero di ricoveri con intervento di colecistomia laparoscopica.	31/12/2026	> o = 95%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1c,5	Ospedale	NSG area ospedaliera	H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Indicatore di produzione: [(A-B) / B] * 100 Dove: A = Kg di plasma conferiti per la lavorazione industriale rilevati nell'anno B = Kg di plasma programmati nel programma annuale di autosufficienza	31/12/2026	≤ 5%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		3	1c.6	Ospedale	NSG area ospedaliera	H09Za - Donatori di organi in morte encefalica	Numero delle donazioni di organi da cadavere / popolazione residente nella regione o area di riferimento.	31/12/2026	> 40	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c.7	Ospedale	NSG area ospedaliera	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni)./Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	31/12/2026	> o = 75%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c.8	Ospedale	NSG area ospedaliera	H18C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con >1.000 parti	Numero di parti cesarei primari./Numero parti con nessun pregresso cesareo	31/12/2026	≤ 20%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1c.10	Ospedale	NSG area ospedaliera	H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero./Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico.	31/12/2026	≤ 5%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
				25							

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi DG 2026 USL1

blocca pri	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende
<p>Stesura del Piano di Efficientamento aziendale nel rispetto dei criteri indicati con indicatori di sostenibilità da presentare alla Direzione Regionale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura del Piano nel rispetto dei criteri indicati 2. Miglioramento dell'indice Costi operativi ordinari / Ricavi operativi ordinari, calcolato sulle voci A e B del CE ministeriale, al netto delle partite straordinarie, calcolato a IV trimestre 2026, rispetto al IV trimestre 2025. 3. Miglioramento del margine di contribuzione dei Presidi Ospedalieri 	<p>31/12/2026</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione del Piano di Efficientamento entro il 31.5.2026 2. Miglioramento di almeno 0,04 punti (nel calcolo dell'indicatore non si tiene conto delle maggiori risorse assegnate con il Fondo Indistinto) 3. Margine di contribuzione migliorato del 25% rispetto al 2024 per i Presidi Ospedalieri

Obiettivi quantitativi			
Codice obiettivo specifico	Criterio di stesura	Obiettivi	Risultato atteso Aziende
2a	Governance delle prestazioni aggiuntive (Comparto e Dirigenza) Piano di utilizzo delle prestazioni aggiuntive con rispetto del tetto previsto per il personale del Comparto e della Dirigenza con indicazioni ad utilizzare al massimo per il 20% nella turnistica/emergenza e per l'80% nell'abbattimento delle liste di attesa	Rispetto Budget Prestazioni Aggiuntive Indicatore Efficacia liste d'attesa N. prestazioni extra-orario Budget investito > = 80% Indicatore Copertura straordinaria turni N. prestazioni extra-orario Budget investito < = 20%	100%
2b	Controllo e monitoraggio del Tasso di Assenza del personale dipendente e universitario convenzionato dettagliato per Struttura Complessa di appartenenza e, nell'ambito di ciascuna Struttura, per raggruppamento dei profili professionali. La rilevazione dei dati delle assenze per il calcolo dei relativi tassi di assenza dovrà basarsi sui dati che confluiscono nelle Tabelle di Conto Annuale T11 T12 e T1b per il personale universitario convenzionato Attrattività e Retention (Contrasto al Turnover)-Riduzione del tasso di turnover volontario del personale qualificato con implementazione di piani di welfare aziendale, flessibilità oraria (ove applicabile) e percorsi di carriera chiari. Miglioramento del clima organizzativo e riduzione del burnout con attivazione di sportelli di ascolto e programmi di "work-life balance"	N. giornate di assenza/ N. giornate lavorabili da contratto al netto delle assenze per ferie godute Diminuzione del 10% delle dimissioni volontarie rispetto alla media del triennio precedente Somministrazione del questionario di monitoraggio dello stress lavoro-correlato e riduzione del tasso di assenteismo per brevi periodi del 5%.	100%
2c	Celere utilizzo dei contributi per quote vincolate/finalizzate/ extra fondo attraverso attenta verifica delle risorse ancora accantonate. Riduzione di utilizzo delle poste straordinarie, al netto delle iscrizioni derivanti da indicazioni ministeriali e/o regionali. Contenimento della voce di Ce "altri accantonamenti" Celere utilizzo dei contributi per quote vincolate/finalizzate/ extra fondo attraverso attenta verifica delle risorse ancora accantonate. Riduzione di utilizzo delle partite straordinarie attive e contenimento della Voce di CE "altri accantonamenti" rispetto al costo della produzione.	1. Utilizzo dei fondi finalizzati/vincolati al 31.12.2025 ≥50% 2. Riduzione del 50% dell'Indicatore su Partite straordinarie attive a IV° trimestre: Partite straordinarie attive/Valore della produzione 3. Riduzione del 50% dell'Indicatore su Partite Straordinarie Passive a IV° trimestre / Costi della Produzione 4. Riduzione del 50% dell'Indicatore su altri accantonamenti a IV trimestre: altri accantonamenti/Costi della produzione	100%: se raggiunti i quattro indicatori due indicatori 50%: se raggiunto solamente 0% se raggiunti meno di due indicatori

2d	Governance delle gare centralizzate	<p style="text-align: center;">Adesione alle gare centralizzate programmate dalla CRAS nei tempi previsti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempo di recepimento dei contratti ≤30 gg 2. Attivazione convenzioni ≤10 gg 3. Monitoraggio bimestrale dell'ordinato rispetto al contratto 4. Riscontro richieste componenti Tavolo Tecnico di Progettazione ≤ 10-15 gg dalla richiesta 5. Riscontro richieste componenti Commissione Giudicatrice ≤ 10-15 gg dalla richiesta 6. Rispetto programmazione Gare Unione d'Acquisto ≤ 9 mesi da indizione 7. Monitoraggio adesione alle singole iniziative ≤ 20 gg dalla stipula della convezione 8. Trasmissione tempestiva piano esigenziale Nuovo Anno entro Ottobre dell'anno precedente 9. Rispetto tempo Tavolo Tecnico/ Commissione giudicatrice di 90gg 10. Attuazione GPP/Sostenibilità entro ____ 11. Validazione budget e obiettivi per nuove iniziative entro il 30 Settembre dell'anno precedente l'indizione 	100%
2e	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	<p style="text-align: center;">Valore economico spesa per</p> <ol style="list-style-type: none"> a) prodotti farmaceutici (voce BA0030) = ≤ 3% del valore di spesa consuntivata nell'anno 2025 b) dispositivi medici (voce BA0210) = ≤ valore consuntivato 2024 c) spesa farmaceutica convenzionata = ≤ 2% del valore di spesa consuntivata nell'anno 2025 d) ptotesica (voce CE BA0750) = ≤ valore consuntivato 2025 	100%

Obiettivi qualitativi			
Codice obiettivo specifico	Criterio di stesura	Obiettivi	Risultato atteso Aziende
2f	Monitoraggio e controllo continuo dei dati di costo e di produzione garantendo l'accuratezza e qualità del dato necessaria per una programmazione sanitaria efficace ed efficiente	<p>Controllo dei seguenti dati di costi</p> <p>a. BA0400 - Acquisti servizi sanitari Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre)≤ 30%</p> <p>b. BA0400 - Acquisti servizi sanitari (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre)≤ 0%</p> <p>c. BA1560 - Acquisti servizi non sanitari: Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre)≤ 30%</p> <p>d. BA1560 - Acquisti servizi non sanitari: Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre)≤ 0%</p> <p>e. BA2890 - Altri accantonamenti (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre)≤ 50%</p> <p>f. BA2890 - Altri accantonamenti (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre)≤ 0%</p> <p>g. EA0010 - Proventi straordinari (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre)≤ 50%</p> <p>h. EA0010 - Proventi straordinari (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre)≤ 5%</p>	<p>100%: se raggiunti i due indicatori per tutte le voci</p> <p>50%: se raggiunto solamente il secondo indicatore per tutte le voci</p> <p>0% se non raggiunto nessun indicatore</p>
2g	Trasmissione al Servizio "Amministrativo e Risorse umane del SSR" entro il 31.05.2027 della rendicontazione del rispetto del tetto di spesa del personale come definito, per ciascuna Azienda, dalla DGR 581 del 23 giugno 2021 e trasmissione trimestrale (entro il 15 del mese successivo) dei monitoraggi sullo stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2026 dai rispettivi PTFP 2026-2028	Attuazione del rispetto del tetto di spesa assegnato, con monitoraggio trimestrale, e invio dei monitoraggi trimestrali dello stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2026 dai rispettivi PTFP 2026-2028 con riferimento al 30.06.2027, al 30.09.2027 e al 31.12.2027.	<p>100% rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali = 100% risultato</p> <p>100% rispetto del tetto ma rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 90% risultato</p> <p>rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 0% risultato</p>

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi specifici Piani strategici

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	REFERENTE REGIONALE
4	Piena attuazione del Piano di Rischio clinico di cui alla DGR 211/2025 & DGR 212/2025	5	4a.1	Prevenzione	PNCAR	Rispetto, secondo i piani regionali, degli obiettivi trainanti di cui alla DGR n 683/2025: a) Predisposizione e diffusione di una reportistica aziendale sui dati di consumo degli antibiotici espressi in DDD per ambito territoriale e/o ospedaliero (con le necessarie disaggregazioni) e partecipazione diretta alla costituzione del sistema informatico integrato regionale secondo le indicazioni regionali	1. Report annuale relativo ai consumi dell'anno 2025 e del primo semestre 2026, secondo modello report regionale 2. Rispetto delle indicazioni regionali per lo sviluppo del sistema informativo unico regionale integrato per il monitoraggio e la sorveglianza dell'Antimicrobico-resistenza	1. in corso 2026 2. 31/12/2026	MACRI
			4a.2			Rispetto, secondo i piani regionali, degli obiettivi trainanti di cui alla DGR n 683/2025: Partecipazione attiva e diretta al programma di implementazione della verifica annuale dell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani attraverso osservatori con metodologia OMS (5 momenti igiene delle mani) che prevede entro il primo semestre la formazione del personale individuato e nella seconda metà l'attivazione della prima rilevazione in strutture ospedaliere e reparti secondo piano regionale la sorveglianza con invio dati all'ISS e verificadell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani nell' 80% degli ospedali pubblici per acuti.	1. Completamento della formazione del personale individuato per il monitoraggio entro il rimo semestre 2026 2.Implementazione della prima osservazione secondo indicazioni regionali, ntro il secondo semestre 2026	1. 30.6. 2026 2. 31/12/2026	MACRI
		10	4b	Territorio - Ospedale	PIANI DELLE RETI CLINICHE	Attuazione dei Piani delle Reti Cliniche	Rispetto dei Cronoprogramma	31/12/2026	RIICCI -BATTISTON
		10	4c.1	Trasversale	PIANO DIGITALIZZAZIONE	Piena attuazione del programma di Telemedicina	N. servizi di Telemedicina attivati/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-BATTISTON
			4c.2			Piena attuazione dell'implmentazione dell'ICD10 e del CIPI e nvio flussi sperimentali come da programma nazionale	N. strutture attive per utilizzo ICD10 e CIPI e flussi sperimentali inviati/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-RICCI
			4c.3			Piena attuazione dell'implmentazione dell'ecosistema digitale territoriale	N. servizi-funzionalità attivate/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-BATTISTON
				25					

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi DG USL 2 2026

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo generale	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	TEMPISTICA DI MONITORAGGIO	NOTE
1	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area prevenzione strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e degli indicatori del Bersaglio MeS	25	1	Trasversale	NSG e LEA Aree Prevenzione, Territorio, Ospedale	Pianificazione attività per raggiungimento obiettivi NSG core dell'Area Prevenzione, dell'Area Territorio, dell'Area Ospedale	N. obiettivi raggiunti/N. obiettivi previsti da NSG core	31/12/2026	100% raggiungimento tutti obiettivi previsti nella scheda di dettaglio 70% se raggiunti oltre il 60% degli obiettivi previsti nella scheda di dettaglio per le singole aree con somma punteggi della scheda di dettaglio per singolo obiettivo 0% obiettivi raggiunti inferiori all'60% di quelli previsti nella scheda di dettaglio	RICCI-BALDACCI	ANNUALE TRIMESTRALE E MENSILE PER GLI INDICATORI CHE LO CONSENTONO	scheda di dettaglio
2	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Efficiamento aziendale della rete territoriale e ospedaliera	25	2	Trasversale	Programmazione e sostenibilità economica	Stesura del Piano di Efficiamento aziendale nel rispetto dei criteri indicati con indicatori di sostenibilità da presentare alla Direzione Regionale	1. Stesura del Piano nel rispetto dei criteri indicati 2. Miglioramento dell'indice Costi operativi ordinari / Ricavi operativi ordinari, calcolato sulle voci A e B del CE ministeriale, al netto delle partite straordinarie, calcolato a IV trimestre 2026, rispetto al IV trimestre 2025. 3. Miglioramento del margine di contribuzione dei Presidi Ospedalieri	31/12/2026	1. Presentazione del Piano di Efficiamento entro il 31.5.2026 2. Miglioramento di almeno 0,05 punti 3. Margine di contribuzione migliorato del 20% rispetto al 2024 per i Presidi Ospedalieri	TUTTI I DIRIGENTI	ANNUALE E MENSILE PER GLI INDICATORI CHE LO CONSENTONO	Scheda di dettaglio criteri per stesura del Piano di Efficiamento e relativi indicatori di monitoraggio Il Piano deve essere presentato entro il 31 maggio 2026 e viene valutato per la completezza rispetto ai criteri e agli obiettivi/indicatori che contiene e successivamente sottoposto a monitoraggio
3	Attuazione del Piano di Governance delle liste di attesa	10	3a	Territorio - Ospedale	Governo delle liste di attesa	Attuazione del Piano Operativo di recupero straordinario liste di attesa specialistica ambulatoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico per patologia oncologica e per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità A per patologia oncologica e per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA in rapporto al totale di prestazioni di classe A per tali prestazioni nell' anno 2026	31/12/2026	> 95%	RICCI - BALDACCI	ANNUALE, TRIMESTRALE E MENSILE	
		15	3b	Territorio - Ospedale	Governo delle liste di attesa	Attuazione del Piano Operativo di recupero straordinario liste di attesa specialistica ambulatoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sottoposte a monitoraggio dal PNGLA. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, delle classi di priorità U, B e D per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA in rapporto al totale di prestazioni di classe U, B e D	31/12/2026	> 95%	RICCI - BALDACCI	ANNUALE, TRIMESTRALE E MENSILE	
5	Piena attuazione dei Piani Strategici regionali	25	4	Trasversale	Programmazione	Pianificazione attività per raggiungimento obiettivi dei Piani individuati come strategici per la programmazione della Direzione Salute e e Welfare	N. obiettivi raggiunti/ n. obiettivi previsti	31/12/2026	100% raggiungimento tutti obiettivi previsti nella scheda di dettaglio 50% se raggiunti oltre l'80% degli obiettivi previsti nella scheda di dettaglio con somma punteggi della scheda di dettaglio per singolo obiettivo 0% obiettivi raggiunti inferiori all'80% di quelli previsti nella scheda di dettaglio	DIRIGENTI INDICATI SCEDA DI DETTAGLIO	COME DA SCHEDA	scheda di dettaglio

100

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi specifici Indicatori NSG LEA

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
1a	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area prevenzione strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)	0,1	1a.1	Prevenzione	NSG area prevenzione	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi)/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	31/12/2026	> o = 95%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,1	1a.2	Prevenzione	NSG area prevenzione	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose/numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita	31/12/2026	> o = 95%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,1	1a.3	Prevenzione	NSG area prevenzione	P05C – Copertura vaccinale anti - HPV	Numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi/ Numero di bambine della rispettiva coorte di nascita	31/12/2026	> o = 95%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,1	1a.4	Prevenzione	NSG area prevenzione	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,3) + (% controlli di farmacovigilanza veterinaria8 x 0,2)	31/12/2026	100%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,1	1a.5	Prevenzione	NSG area prevenzione	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2)	31/12/2026	100%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		2	1a.6	Prevenzione	NSG area prevenzione	P14C- Indicatore composito sugli stili di vita	Numero di soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due. Il punteggio è inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori (fumo, eccesso ponderale, alcool, sedentarietà)/Popolazione stimata 18-69 residente nella USL	31/12/2026	> o = 80%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		0,2	1a.7	Prevenzione	NSG area prevenzione	P15Ca CERVICE- Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il cervicocarcinoma/residenti eleggibili (25-64) /3	31/12/2026	> o = 70%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
		1	1a.8	Prevenzione	NSG area prevenzione	P15Cc COLON- Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Persone in età target 4 che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma del colon retto/residenti eleggibili (50-69) /2	31/12/2026	> o = 70%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
		0,2	1a,9	Prevenzione	NSG area prevenzione	P15Cb MAMMELLA- Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Personale in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma della mammella/residenti eleggibili (50-69) / 2	31/12/2026	> o = 70%	MACRI' -BALDACCI	Servizio Prevenzione
14	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area territoriale strutturati secondo le dimensioni dell'equità,	0,1	1b,1	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D01C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE)./Numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice.	31/12/2026	< o = 13%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1b,2	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D02C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	Numero di ricoveri per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE)./Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice	31/12/2026	< o = 13%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1b,3	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	N. dimissioni/Popolazione residente	31/12/2026	< o = 60%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1b,4	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	3° quartile della distribuzione relativa all'anno di riferimento degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto.	31/12/2026	< 18 minuti	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1b,5	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	N.di prestazioni garantire nei tempi di attesa della classe B	31/12/2026	> o = 95%	RICCI-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1b,6	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D14C - Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici.	Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente/Popolazione residente	31/12/2026	dimezzamento del valore anno 2024=7.168,94	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1b,7	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D22Z CIA1 D22Z CIA2 D22Z CIA3 - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) CIA 3 (Numero GEA / numero GdC)	31/12/2026	CIA 1 = 0,14 – 0,30 CIA 2 = 0,31 - 0,50 CIA 3 = > 0,50	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		1	1b,8	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria/Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimentosto.	31/12/2026	< 4%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
	dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)	2	1b,9	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + Σ Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (Motivo conclusione valorizzato con 3) per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208. Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente). /Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	31/12/2026	> o = 70%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1b,10	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3)/popolazione residente di età >75 aa	31/12/2026	> o = 60%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,5	1b,11	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	PDTA03(B) - Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi >= 75%/ Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	31/12/2026	> o = 70%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,5	1b,12	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	PDTA01: Percentuale di pazienti con BPCO aderenti al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice >= 75%/Totale dei pazienti prevalenti per BPCO	31/12/2026	> o = 60%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,5	1b,13	Territorio - Ospedale	NSG area territorio	EO01 - Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche	% di pazienti che rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche	31/12/2026	< 5%	BATTISTON-BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1c,1	Ospedale	NSG area ospedaliera	H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	Numero dimissioni Chirurgia Senologica U.O. di Chirurgia Senologica	31/12/2026	> o = 150	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c,2	Ospedale	NSG area ospedaliera	H03C - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella/Numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	31/12/2026	Range tra 0 e 1	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
1c	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area ospedaliera strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)	0,3	1c,3	Ospedale	NSG area ospedaliera	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato"/N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	31/12/2026	< o = 0,14	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,5	1c,4	Ospedale	NSG area ospedaliera	H05Z - Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	Numero di ricoveri con intervento di colecistomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/Numero di ricoveri con intervento di colecistomia laparoscopica.	31/12/2026	> o = 95%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1c,5	Ospedale	NSG area ospedaliera	H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Indicatore di produzione: [(A-B) / B] * 100 Dove: A = Kg di plasma conferiti per la lavorazione industriale rilevati nell'anno B = Kg di plasma programmati nel programma annuale di autosufficienza	31/12/2026	≤ 5%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		3	1c.6	Ospedale	NSG area ospedaliera	H09Za - Donatori di organi in morte encefalica	Numero delle donazioni di organi da cadavere / popolazione residente nella regione o area di riferimento.	31/12/2026	> 40	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c.7	Ospedale	NSG area ospedaliera	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni)/Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	31/12/2026	> o = 75%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c.8	Ospedale	NSG area ospedaliera	H18C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con >1.000 parti	Numero di parti cesarei primari./Numero parti con nessun pregresso cesareo	31/12/2026	≤ 20%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		0,1	1c.10	Ospedale	NSG area ospedaliera	H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero./Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico.	31/12/2026	≤ 5%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
				25							

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi DG 2026 USL2

blocca pri	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende
<p>Stesura del Piano di Efficientamento aziendale nel rispetto dei criteri indicati con indicatori di sostenibilità da presentare alla Direzione Regionale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura del Piano nel rispetto dei criteri indicati 2. Miglioramento dell'indice Costi operativi ordinari / Ricavi operativi ordinari, calcolato sulle voci A e B del CE ministeriale, al netto delle partite straordinarie, calcolato a IV trimestre 2026, rispetto al IV trimestre 2025. 3. Miglioramento del margine di contribuzione dei Presidi Ospedaieri 	<p>31/12/2026</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione del Piano di Efficientamento entro il 31.5.2026 2. Miglioramento di almeno 0,04 punti (nel calcolo dell'indicatore non si tiene conto delle maggiori risorse assegnate con il Fondo Indistinto) 3. Margine di contribuzione migliorato del 25% rispetto al 2024 per i Presidi Ospedaieri

Obiettivi quantitativi			
Codice obiettivo specifico	Criterio di stesura	Obiettivi	Risultato atteso Aziende
2a	Governance delle prestazioni aggiuntive (Comparto e Dirigenza) Piano di utilizzo delle presyazioni aggiuntive con rispetto del tetto previsto per il personale del Comparto e della Dirigenza con indicazioni ad utilizzare al massimo per il 20% nella turnistica/emergenza e per l'80% nell'abbattimento delle liste di attesa	Rispetto Budget Prestazioni Aggiuntive Indicatore Efficacia liste d'attesa N. prestazioni extra-orario Budget investito > = 80% Indicatore Copertura straordinaria turni N. prestazioni extra-orario Budget investito < = 20%	100%
2b	Controllo e monitoraggio del Tasso di Assenza del personale dipendente e universitario convenzionato dettagliato per Struttura Complessa di appartenenza e, nell'ambito di ciascuna Struttura, per raggruppamento dei profili professionali. La rilevazione dei dati delle assenze per il calcolo dei reltivi tassi di assenza dovrà basarsi sui dati che confluiscono nelle Tabele di Conto Annuale T11 T12 e T1b per il personale universitario convenzionato Attrattività e Retention (Contrasto al Turnover)-Riduzione del tasso di turnover volontario del personale qualificato con implementazione di piani di welfare aziendale, flessibilità oraria (ove applicabile) e percorsi di carriera chiari. Miglioramento del clima organizzativo e riduzione del burnout con attivazione di sportelli di ascolto e programmi di "work-life balance"	N. giornate di assenza/ N. giornate lavorabili da contratto al netto delle assenze per ferie godute Diminuzione del 10% delle dimissioni volontarie rispetto alla media del triennio precedente Somministrazione del questionario di monitoraggio dello stress lavoro-correlato e riduzione del tasso di assenteismo per brevi periodi del 5%.	100%
2c	Celere utilizzo dei contributi per quote vincolate/finalizzate/ extra fondo attraverso attenta verifica delle risorse ancora accantonate. Riduzione di utilizzo delle poste straordinarie, al netto delle iscrizioni derivanti da indicazioni ministeriali e/o regionali. Contenimento della voce di Ce "altri accantonamenti" Celere utilizzo dei contributi per quote vincolate/finalizzate/ extra fondo attraverso attenta verifica delle risorse ancora accantonate. Riduzione di utilizzo delle partite straordinarie attive e contenimento della Voce di CE "altri accantonamenti" rispetto al costo della produzione.	1 . Utilizzo dei fondi finalizzati/vincolati al 31.12.2025 ≥50% 2 . Riduzione del 50% dell'Indicatore su Partite straordinarie attive a IV° trimestre: Partite straordinarie attive/Valore della produzione 3 . Riduzione del 50% dell'Indicatore su Partite Straordinarie Passive a IV° trimestre / Costi della Produzione 4 . Riduzione del 50% dell'Indicatore su altri accantonamenti a IV trimestre: altri accantonamenti/Costi della produzione	100%: se raggiunti i quattro indicatori 50%: se raggiunto solamente due indicatori 0% se raggiunti meno di due indicatori

2d	Governance delle gare centralizzate	<p>Adesione alle gare centralizzate programmate dalla CRAS nei tempi previsti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempo di recepimento dei contratti ≤30 gg 2. Attivazione convenzioni ≤10 gg 3. Monitoraggio bimestrale dell'ordinato rispetto al contratto 4. Riscontro richieste componenti Tavolo Tecnico di Progettazione ≤ 10-15 gg dalla richiesta 5. Riscontro richieste componenti Commissione Giudicatrice ≤ 10-15 gg dalla richiesta 6. Rispetto programmazione Gare Unione d'Acquisto ≤ 9 mesi da indizione 7. Monitoraggio adesione alle singole iniziative ≤ 20 gg dalla stipula della convezione 8. Trasmissione tempestiva piano esigenziale Nuovo Anno entro Ottobre dell'anno precedente 9. Rispetto tempo Tavolo Tecnico/ Commissione giudicatrice di 90gg 10. Attuazione GPP/Sostenibilità entro ____ 11. Validazione budget e obiettivi per nuove iniziative entro il 30 Settembre dell'anno precedente l'indizione 	100%
2e	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	<p>Valore economico spesa per</p> <ol style="list-style-type: none"> a) prodotti farmaceutici (voce BA0030) = ≤ 3% del limite di spesa consuntivata nell'anno 2025 b) dispositivi medici (voce BA0210) = ≤ valore consuntivato 2024 c) spesa farmaceutica convenzionata = ≤ 2% del limite di spesa consuntivata nell'anno 2025 d) ptotesica (voce CE BA0750) = ≤ valore consuntivato 2025 	100%

Obiettivi qualitativi			
Codice obiettivo specifico	Criterio di stesura	Obiettivi	Risultato atteso Aziende
2f	Monitoraggio e controllo continuo dei dati di costo e di produzione garantendo l'accuratezza e qualità del dato necessaria per una programmazione sanitaria efficace ed efficiente	<p>Controllo dei seguenti dati di costi</p> <p>a. BA0400 - Acquisti servizi sanitari (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 30%</p> <p>b. BA0400 - Acquisti servizi sanitari (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 0%</p> <p>c. BA1560 - Acquisti servizi non sanitari: Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 30%</p> <p>d. BA1560 - Acquisti servizi non sanitari: Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 0%</p> <p>e. BA2890 - Altri accantonamenti (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 50%</p> <p>f. BA2890 - Altri accantonamenti (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 0%</p> <p>g. EA0010 - Proventi straordinari (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 50%</p> <p>h. EA0010 - Proventi straordinari (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 5%</p>	<p>100%: se raggiunti i due indicatori per tutte le voci</p> <p>50%: se raggiunto solamente il secondo indicatore per tutte le voci</p> <p>0% se non raggiunto nessun indicatore</p>
2g	Trasmissione al Servizio "Amministrativo e Risorse umane del SSR" entro il 31.05.2027 della rendicontazione del rispetto del tetto di spesa del personale come definito, per ciascuna Azienda, dalla DGR 581 del 23 giugno 2021 e trasmissione trimestrale (entro il 15 del mese successivo) dei monitoraggi sullo stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2026 dai rispettivi PTFP 2026-2028	Attuazione del rispetto del tetto di spesa assegnato, con monitoraggio trimestrale, e invio dei monitoraggi trimestrali dello stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2026 dai rispettivi PTFP 2026-2028 con riferimento al 30.06.2027, al 30.09.2027 e al 31.12.2027.	<p>100% rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali = 100% risultato</p> <p>100% rispetto del tetto ma rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 90% risultato</p> <p>rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 0% risultato</p>

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi specifici Piani strategici

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	REFERENTE REGIONALE	
4	Piena attuazione del Piano di Rischio clinico di cui alla DGR 211/2025 & DGR 212/2025	5	4a.1	Prevenzione	PNCAR	Rispetto, secondo i piani regionali, degli obiettivi trainanti di cui alla DGR n 683/2025: a) Predisposizione e diffusione di una reportistica aziendale sui dati di consumo degli antibiotici espressi in DDD per ambito territoriale e/o ospedaliero (con le necessarie disaggregazioni) e partecipazione diretta alla costituzione del sistema informatico integrato regionale secondo le indicazioni regionali	1. Report annuale relativo ai consumi dell'anno 2025 e del primo semestre 2026, secondo modello report regionale 2. Rispetto delle indicazioni regionali per lo sviluppo del sistema informativo unico regionale integrato per il monitoraggio e la sorveglianza dell'Antimicrobico-resistenza	1. in corso 2026 2. 31/12/2026	MACRI	
			4a.2			Rispetto, secondo i piani regionali, degli obiettivi trainanti di cui alla DGR n 683/2025: Partecipazione attiva e diretta al programma di implementazione della verifica annuale dell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani attraverso osservatori con metodologia OMS (5 momenti igiene delle mani) che prevede entro il primo semestre la formazione del personale individuato e nella seconda metà l'attivazione della prima rilevazione in strutture ospedaliere e reparti secondo piano regionale la sorveglianza con invio dati all'ISS e verificadell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani nell' 80% degli ospedali pubblici per acuti.	1. Completamento della formazione del personale individuato per il monitoraggio entro il rimo semestre 2026 2. Implementazione della prima osservazione secondo indicazioni regionali, ntro il secondo semestre 2026	1. 30.6. 2026 2. 31/12/2026	MACRI	
		10	4b	Territorio - Ospedale	PIANI DELLE RETI CLINICHE	Attuazione dei Piani delle Reti Cliniche	Rispetto dei Cronoprogramma	31/12/2026	RIICCI -BATTISTON	
		10	4c.1	Trasversale	PIANO DIGITALIZZAZIONE	Piena attuazione del programma di Telemedicina	N. servizi di Telemedicina attivati/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-BATTISTON	
			4c.2			Piena attuazione dell'implmentazione dell'ICD10 e del CIPI e nvio flussi sperimentali come da programma nazionale	N. strutture attive per utilizzo ICD10 e CIPI e flussi sperimentali inviati/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-RICCI	
			4c.3			Piena attuazione dell'implmentazione dell'ecosistema digitale territoriale	N. servizi-funzionalità attivate/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-BATTISTON	
				25						

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi DG AOTR 2026

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo generale	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	TEMPISTICA DI MONITORAGGIO	NOTE
1	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area prevenzione strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e degli indicatori del Bersaglio MeS	25	1	Trasversale	NSG e LEA Aree Ospedale	Pianificazione attività per raggiungimento obiettivi NSG core dell'Area Ospedale	N. obiettivi raggiunti/N. obiettivi previsti da NSG core	31/12/2026	100% raggiungimento tutti obiettivi previsti nella scheda di dettaglio 70% se raggiunti oltre il 60% degli obiettivi previsti nella scheda di dettaglio per le singole aree con somma punteggi della scheda di dettaglio per singolo obiettivo 0% obiettivi raggiunti inferiori all'60% di quelli previsti nella scheda di dettaglio	RICCI-BALDACCI	ANNUALE TRIMESTRALE E MENSILE PER GLI INDICATORI CHE LO CONSENTONO	scheda di dettaglio
2	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Efficientamento aziendale della rete territoriale e ospedaliera	25	2	Trasversale	Programmazione e sostenibilità economica	Stesura del Piano di Efficientamento aziendale nel rispetto dei criteri indicati con indicatori di sostenibilità da presentare alla Direzione Regionale	1. Stesura del Piano nel rispetto dei criteri indicati 2. Miglioramento dell'indice Costi operativi ordinari / Ricavi operativi ordinari, calcolato sulle voci A e B del CE ministeriale, al netto delle partite straordinarie, calcolato a IV trimestre 2026, rispetto al IV trimestre 2025. 3. Miglioramento del margine di contribuzione dei Presidi Ospedalieri	31/12/2026	1. Presentazione del Piano di Efficientamento entro il 31.5.2026 2. Miglioramento di almeno 0,05 punti 3. Margine di contribuzione migliorato del 20% rispetto al 2024 per i Presidi Ospedalieri	TUTTI I DIRIGENTI	ANNUALE E MENSILE PER GLI INDICATORI CHE LO CONSENTONO	Scheda di dettaglio criteri per stesura del Piano di Efficientamento e relativi indicatori di monitoraggio Il Piano deve essere presentato entro il 31 maggio 2026 e viene valutato per la completezza rispetto ai criteri e agli obiettivi/indicatori che contiene e successivamente sottoposto a monitoraggio
3	Attuazione del Piano di Governance delle liste di attesa	10	3a	Territorio - Ospedale	Governo delle liste di attesa	Attuazione del Piano Operativo di recupero straordinario liste di attesa specialistica ambulatoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico per patologia oncologica e per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità A per patologia oncologica e per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA in rapporto al totale di prestazioni di classe A per tali prestazioni nell' anno 2026	31/12/2026	> 95%	RICCI - BALDACCI	ANNUALE, TRIMESTRALE E MENSILE	
		15	3b	Territorio - Ospedale	Governo delle liste di attesa	Attuazione del Piano Operativo di recupero straordinario liste di attesa specialistica ambulatoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sottoposte a monitoraggio dal PNGLA. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, delle classi di priorità U, B e D per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA in rapporto al totale di prestazioni di classe U, B e D	31/12/2026	> 95%	RICCI - BALDACCI	ANNUALE, TRIMESTRALE E MENSILE	
5	Piena attuazione dei Piani Strategici regionali	25	4	Trasversale	Programmazione	Pianificazione attività per raggiungimento obiettivi dei Piani individuati come strategici per la programmazione della Direzione Salute e e Welfare	N. obiettivi raggiunti/ n. obiettivi previsti	31/12/2026	100% raggiungimento tutti obiettivi previsti nella scheda di dettaglio 50% se raggiunti oltre l'80% degli obiettivi previsti nella scheda di dettaglio con somma punteggi della scheda di dettaglio per singolo obiettivo 0% obiettivi raggiunti inferiori all'80% di quelli previsti nella scheda di dettaglio	DIRIGENTI INDICATI SCEDA DI DETTAGLIO	COME DA SCHEDA	scheda di dettaglio

100

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi specifici Indicatori NSG LEA

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
		3	<i>1c,1</i>	Ospedale	NSG area ospedaliera	H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	Numero dimissioni Chirurgia Senologica U.O. di Chirurgia Senologica	31/12/2026	> o = 150	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		3	<i>1c,2</i>	Ospedale	NSG area ospedaliera	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella/Numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	31/12/2026	Range tra 0 e 1	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
1c	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area ospedaliera strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)	2	1c,3	Ospedale	NSG area ospedaliera	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato"/N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	31/12/2026	< o = 0,14	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c,4	Ospedale	NSG area ospedaliera	H05Z - Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	Numero di ricoveri con intervento di colecistomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/Numero di ricoveri con intervento di colecistomia laparoscopica.	31/12/2026	> o = 95%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c,5	Ospedale	NSG area ospedaliera	H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Indicatore di produzione: [(A-B) / B] * 100 Dove: A = Kg di plasma conferiti per la lavorazione industriale rilevati nell'anno B = Kg di plasma programmati nel programma annuale di autosufficienza	31/12/2026	≤ 5%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		5	1c.6	Ospedale	NSG area ospedaliera	H09Za - Donatori di organi in morte encefalica	Numero delle donazioni di organi da cadavere / popolazione residente nella regione o area di riferimento.	31/12/2026	> 40	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		3	1c.7	Ospedale	NSG area ospedaliera	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni)/Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	31/12/2026	> o = 75%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		3	1c.8	Ospedale	NSG area ospedaliera	H18C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con >1.000 parti	Numero di parti cesarei primari./Numero parti con nessun pregresso cesareo	31/12/2026	≤ 20%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c.10	Ospedale	NSG area ospedaliera	H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero./Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico.	31/12/2026	≤ 5%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
				25							

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi DG 2026 AOTR

blocca pri	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende
<p>Stesura del Piano di Efficientamento aziendale nel rispetto dei criteri indicati con indicatori di sostenibilità da presentare alla Direzione Regionale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura del Piano nel rispetto dei criteri indicati 2. Miglioramento dell'indice Costi operativi ordinari / Ricavi operativi ordinari, calcolato sulle voci A e B del CE ministeriale, al netto delle partite straordinarie, calcolato a IV trimestre 2026, rispetto al IV trimestre 2025. 3. Miglioramento del margine di contribuzione dei Presidi Ospedaieri 	<p>31/12/2026</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione del Piano di Efficientamento entro il 31.5.2026 2. Miglioramento di almeno 0,04 punti (nel calcolo dell'indicatore non si tiene conto delle maggiori risorse assegnate con il Fondo Indistinto) 3. Margine di contribuzione migliorato del 25% rispetto al 2024 per i Presidi Ospedaieri

Obiettivi quantitativi			
Codice obiettivo specifico	Criterio di stesura	Obiettivi	Risultato atteso Aziende
2a	Governance delle prestazioni aggiuntive (Comparto e Dirigenza) Piano di utilizzo delle presyazioni aggiuntive con rispetto del tetto previsto per il personale del Comparto e della Dirigenza con indicazioni ad utilizzare al massimo per il 20% nella turnistica/emergenza e per l'80% nell'abbattimento delle liste di attesa	Rispetto Budget Prestazioni Aggiuntive Indicatore Efficacia liste d'attesa N. prestazioni extra-orario Budget investito > = 80% Indicatore Copertura straordinaria turni N. prestazioni extra-orario Budget investito < = 20%	100%
2b	Controllo e monitoraggio del Tasso di Assenza del personale dipendente e universitario convenzionato dettagliato per Struttura Complessa di appartenenza e, nell'ambito di ciascuna Struttura, per raggruppamento dei profili professionali. La rilevazione dei dati delle assenze per il calcolo dei reltivi tassi di assenza dovrà basarsi sui dati che confluiscono nelle Tabelle di Conto Annuale T11 T12 e T1b per il personale universitario convenzionato Attrattività e Retention (Contrasto al Turnover)-Riduzione del tasso di turnover volontario del personale qualificato con implementazione di piani di welfare aziendale, flessibilità oraria (ove applicabile) e percorsi di carriera chiari. Miglioramento del clima organizzativo e riduzione del burnout con attivazione di sportelli di ascolto e programmi di "work-life balance"	N. giornate di assenza/ N. giornate lavorabili da contratto al netto delle assenze per ferie godute Diminuzione del 10% delle dimissioni volontarie rispetto alla media del triennio precedente Somministrazione del questionario di monitoraggio dello stress lavoro-correlato e riduzione del tasso di assenteismo per brevi periodi del 5%.	100%
2c	Celere utilizzo dei contributi per quote vincolate/finalizzate/ extra fondo attraverso attenta verifica delle risorse ancora accantonate. Riduzione di utilizzo delle poste straordinarie, al netto delle iscrizioni derivanti da indicazioni ministeriali e/o regionali. Contenimento della voce di Ce "altri accantonamenti" rispetto al costo della produzione.	1 . Utilizzo dei fondi finalizzati/vincolati al 31.12.2025 ≥50% 2 . Riduzione del 50% dell'Indicatore su Partite straordinarie attive a IV° trimestre: Partite straordinarie attive/Valore della produzione 3 . Riduzione del 50% dell'Indicatore su Partite Straordinarie Passive a IV° trimestre / Costi della Produzione 4 . Riduzione del 50% dell'Indicatore su altri accantonamenti a IV trimestre: altri accantonamenti/Costi della produzione	100%: se raggiunti i quattro indicatori due indicatori 50%: se raggiunto solamente 0% se raggiunti meno di due indicatori

2d	Governance delle gare centralizzate	<p>Adesione alle gare centralizzate programmate dalla CRAS nei tempi previsti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempo di recepimento dei contratti ≤30 gg 2. Attivazione convenzioni ≤10 gg 3. Monitoraggio bimestrale dell'ordinato rispetto al contratto 4. Riscontro richieste componenti Tavolo Tecnico di Progettazione ≤ 10-15 gg dalla richiesta 5. Riscontro richieste componenti Commissione Giudicatrice ≤ 10-15 gg dalla richiesta 6. Rispetto programmazione Gare Unione d'Acquisto ≤ 9 mesi da indizione 7. Monitoraggio adesione alle singole iniziative ≤ 20 gg dalla stipula della convezione 8. Trasmissione tempestiva piano esigenziale Nuovo Anno entro Ottobre dell'anno precedente 9. Rispetto tempo Tavolo Tecnico/ Commissione giudicatrice di 90gg 10. Attuazione GPP/Sostenibilità entro ____ 11. Validazione budget e obiettivi per nuove iniziative entro il 30 Settembre dell'anno precedente l'indizione 	100%
2e	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	<p>Valore economico spesa per</p> <ol style="list-style-type: none"> a) prodotti farmaceutici (voce BA0030) = ≤ 3% del valore di spesa consuntivata nell'anno 2025 b) dispositivi medici (voce BA0210) = ≤ valore consuntivato 2024 c) spesa farmaceutica convenzionata = ≤ 2% del valore di spesa consuntivata nell'anno 2025 d) ptotesica (voce CE BA0750) = ≤ valore consuntivato 2025 	100%

Obiettivi qualitativi			
Codice obiettivo specifico	Criterio di stesura	Obiettivi	Risultato atteso Aziende
2f	Monitoraggio e controllo continuo dei dati di costo e di produzione garantendo l'accuratezza e qualità del dato necessaria per una programmazione sanitaria efficace ed efficiente	<p>Controllo dei seguenti dati di costi</p> <p>a. BA0400 - Acquisti servizi sanitari (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 30%</p> <p>b. BA0400 - Acquisti servizi sanitari (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 0%</p> <p>c. BA1560 - Acquisti servizi non sanitari: Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 30%</p> <p>d. BA1560 - Acquisti servizi non sanitari: Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 0%</p> <p>e. BA2890 - Altri accantonamenti (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 50%</p> <p>f. BA2890 - Altri accantonamenti (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 0%</p> <p>g. EA0010 - Proventi straordinari (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 50%</p> <p>h. EA0010 - Proventi straordinari (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 5%</p>	<p>100%: se raggiunti i due indicatori per tutte le voci</p> <p>50%: se raggiunto solamente il secondo indicatore per tutte le voci</p> <p>0% se non raggiunto nessun indicatore</p>
2g	Trasmissione al Servizio "Amministrativo e Risorse umane del SSR" entro il 31.05.2027 della rendicontazione del rispetto del tetto di spesa del personale come definito, per ciascuna Azienda, dalla DGR 581 del 23 giugno 2021 e trasmissione trimestrale (entro il 15 del mese successivo) dei monitoraggi sullo stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2026 dai rispettivi PTFP 2026-2028	Attuazione del rispetto del tetto di spesa assegnato, con monitoraggio trimestrale, e invio dei monitoraggi trimestrali dello stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2026 dai rispettivi PTFP 2026-2028 con riferimento al 30.06.2027, al 30.09.2027 e al 31.12.2027.	<p>100% rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali = 100% risultato</p> <p>100% rispetto del tetto ma rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 90% risultato</p> <p>rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 0% risultato</p>

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi specifici Piani strategici

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	REFERENTE REGIONALE
4	Piena attuazione del Piano di Rischio clinico di cui alla DGR 211/2025 & DGR 212/2025	5	4a.1	Prevenzione	PNCAR	Rispetto, secondo i piani regionali, degli obiettivi trainanti di cui alla DGR n 683/2025: a) Predisposizione e diffusione di una reportistica aziendale sui dati di consumo degli antibiotici espressi in DDD per ambito territoriale e/o ospedaliero (con le necessarie disaggregazioni) e partecipazione diretta alla costituzione del sistema informatico integrato regionale secondo le indicazioni regionali	1. Report annuale relativo ai consumi dell'anno 2025 e del primo semestre 2026, secondo modello report regionale 2. Rispetto delle indicazioni regionali per lo sviluppo del sistema informativo unico regionale integrato per il monitoraggio e la sorveglianza dell'Antimicrobico-resistenza	1. in corso 2026 2. 31/12/2026	MACRI
			4a.2			Rispetto, secondo i piani regionali, degli obiettivi trainanti di cui alla DGR n 683/2025: Partecipazione attiva e diretta al programma di implementazione della verifica annuale dell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani attraverso osservatori con metodologia OMS (5 momenti igiene delle mani) che prevede entro il primo semestre la formazione del personale individuato e nella seconda metà l'attivazione della prima rilevazione in strutture ospedaliere e reparti secondo piano regionale la sorveglianza con invio dati all'ISS e verificadell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani nell' 80% degli ospedali pubblici per acuti.	1. Completamento della formazione del personale individuato per il monitoraggio entro il rimo semestre 2026 2.Implementazione della prima osservazione secondo indicazioni regionali, ntro il secondo semestre 2026	1. 30.6. 2026 2. 31/12/2026	MACRI
		10	4b	Territorio - Ospedale	PIANI DELLE RETI CLINICHE	Attuazione dei Piani delle Reti Cliniche	Rispetto dei Cronoprogramma	31/12/2026	RIICCI -BATTISTON
		10	4c.1	Trasversale	PIANO DIGITALIZZAZIONE	Piena attuazione del programma di Telemedicina	N. servizi di Telemedicina attivati/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-BATTISTON
			4c.2			Piena attuazione dell'implmentazione dell'ICD10 e del CIPI e nvio flussi sperimentali come da programma nazionale	N. strutture attive per utilizzo ICD10 e CIPI e flussi sperimentali inviati/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-RICCI
		25							

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi DG AOPG 2026

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo generale	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	TEMPISTICA DI MONITORAGGIO	NOTE
1	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area prevenzione strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e degli indicatori del Bersaglio MeS	25	1	Trasversale	NSG e LEA Aree Ospedale	Pianificazione attività per raggiungimento obiettivi NSG core dell'Area Ospedale	N. obiettivi raggiunti/N. obiettivi previsti da NSG core	31/12/2026	100% raggiungimento tutti obiettivi previsti nella scheda di dettaglio 70% se raggiunti oltre il 60% degli obiettivi previsti nella scheda di dettaglio per le singole aree con somma punteggi della scheda di dettaglio per singolo obiettivo 0% obiettivi raggiunti inferiori all'60% di quelli previsti nella scheda di dettaglio	RICCI-BALDACCI	ANNUALE TRIMESTRALE E MENSILE PER GLI INDICATORI CHE LO CONSENTONO	scheda di dettaglio
2	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Efficiamento aziendale della rete territoriale e ospedaliera	25	2	Trasversale	Programmazione e sostenibilità economica	Stesura del Piano di Efficiamento aziendale nel rispetto dei criteri indicati con indicatori di sostenibilità da presentare alla Direzione Regionale	1. Stesura del Piano nel rispetto dei criteri indicati 2. Miglioramento dell'indice Costi operativi ordinari / Ricavi operativi ordinari, calcolato sulle voci A e B del CE ministeriale, al netto delle partite straordinarie, calcolato a IV trimestre 2026, rispetto al IV trimestre 2025. 3. Miglioramento del margine di contribuzione dei Presidi Ospedalieri	31/12/2026	1. Presentazione del Piano di Efficiamento entro il 31.5.2026 2. Miglioramento di almeno 0,05 punti 3. Margine di contribuzione migliorato del 20% rispetto al 2024 per i Presidi Ospedalieri	TUTTI I DIRIGENTI	ANNUALE E MENSILE PER GLI INDICATORI CHE LO CONSENTONO	Scheda di dettaglio criteri per stesura del Piano di Efficiamento e relativi indicatori di monitoraggio Il Piano deve essere presentato entro il 31 maggio 2026 e viene valutato per la completezza rispetto ai criteri e agli obiettivi/indicatori che contiene e successivamente sottoposto a monitoraggio
3	Attuazione del Piano di Governance delle liste di attesa	10	3a	Territorio - Ospedale	Governo delle liste di attesa	Attuazione del Piano Operativo di recupero straordinario liste di attesa specialistica ambulatoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico per patologia oncologica e per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità A per patologia oncologica e per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA in rapporto al totale di prestazioni di classe A per tali prestazioni nell' anno 2026	31/12/2026	> 95%	RICCI - BALDACCI	ANNUALE, TRIMESTRALE E MENSILE	
		15	3b	Territorio - Ospedale	Governo delle liste di attesa	Attuazione del Piano Operativo di recupero straordinario liste di attesa specialistica ambulatoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sottoposte a monitoraggio dal PNGLA. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, delle classi di priorità U, B e D per le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA in rapporto al totale di prestazioni di classe U, B e D	31/12/2026	> 95%	RICCI - BALDACCI	ANNUALE, TRIMESTRALE E MENSILE	
5	Piena attuazione dei Piani Strategici regionali	25	4	Trasversale	Programmazione	Pianificazione attività per raggiungimento obiettivi dei Piani individuati come strategici per la programmazione della Direzione Salute e e Welfare	N. obiettivi raggiunti/ n. obiettivi previsti	31/12/2026	100% raggiungimento tutti obiettivi previsti nella scheda di dettaglio 50% se raggiunti oltre l'80% degli obiettivi previsti nella scheda di dettaglio con somma punteggi della scheda di dettaglio per singolo obiettivo 0% obiettivi raggiunti inferiori all'80% di quelli previsti nella scheda di dettaglio	DIRIGENTI INDICATI SCEDA DI DETTAGLIO	COME DA SCHEDA	scheda di dettaglio

100

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi specifici Indicatori NSG LEA

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
		3	1c,1	Ospedale	NSG area ospedaliera	H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	Numero dimissioni Chirurgia Senologica U.O. di Chirurgia Senologica	31/12/2026	> o = 150	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		3	1c,2	Ospedale	NSG area ospedaliera	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella/Numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	31/12/2026	Range tra 0 e 1	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende	REFERENTE REGIONALE	Referente regionale per la compilazione
1c	Raggiungimento dei target previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) core dell'area ospedaliera strutturati secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza per verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)	2	1c,3	Ospedale	NSG area ospedaliera	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato"/N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	31/12/2026	< o = 0,14	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c,4	Ospedale	NSG area ospedaliera	H05Z - Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	Numero di ricoveri con intervento di colecistomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/Numero di ricoveri con intervento di colecistomia laparoscopica.	31/12/2026	> o = 95%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c,5	Ospedale	NSG area ospedaliera	H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Indicatore di produzione: [(A-B) / B] * 100 Dove: A = Kg di plasma conferiti per la lavorazione industriale rilevati nell'anno B = Kg di plasma programmati nel programma annuale di autosufficienza	31/12/2026	≤ 5%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		5	1c.6	Ospedale	NSG area ospedaliera	H09Za - Donatori di organi in morte encefalica	Numero delle donazioni di organi da cadavere / popolazione residente nella regione o area di riferimento.	31/12/2026	> 40	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		3	1c.7	Ospedale	NSG area ospedaliera	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni)/Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	31/12/2026	> o = 75%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		3	1c.8	Ospedale	NSG area ospedaliera	H18C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con >1.000 parti	Numero di parti cesarei primari./Numero parti con nessun pregresso cesareo	31/12/2026	≤ 20%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
		2	1c.10	Ospedale	NSG area ospedaliera	H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero./Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico.	31/12/2026	≤ 5%	RICCI - BALDACCI	Servizio Programmazione e Servizio Informatico
				25							

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi DG 2026 AOPG

blocca pri	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende
<p>Stesura del Piano di Efficientamento aziendale nel rispetto dei criteri indicati con indicatori di sostenibilità da presentare alla Direzione Regionale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura del Piano nel rispetto dei criteri indicati 2. Miglioramento dell'indice Costi operativi ordinari / Ricavi operativi ordinari, calcolato sulle voci A e B del CE ministeriale, al netto delle partite straordinarie, calcolato a IV trimestre 2026, rispetto al IV trimestre 2025. 3. Miglioramento del margine di contribuzione dei Presidi Ospedaieri 	<p>31/12/2026</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione del Piano di Efficientamento entro il 31.5.2026 2. Miglioramento di almeno 0,04 punti (nel calcolo dell'indicatore non si tiene conto delle maggiori risorse assegnate con il Fondo Indistinto) 3. Margine di contribuzione migliorato del 25% rispetto al 2024 per i Presidi Ospedaieri

Obiettivi quantitativi			
Codice obiettivo specifico	Criterio di stesura	Obiettivi	Risultato atteso Aziende
2a	Governance delle prestazioni aggiuntive (Comparto e Dirigenza) Piano di utilizzo delle presyazioni aggiuntive con rispetto del tetto previsto per il personale del Comparto e della Dirigenza con indicazioni ad utilizzare al massimo per il 20% nella turnistica/emergenza e per l'80% nell'abbattimento delle liste di attesa	Rispetto Budget Prestazioni Aggiuntive Indicatore Efficacia liste d'attesa N. prestazioni extra-orario Budget investito > = 80% Indicatore Copertura straordinaria turni N. prestazioni extra-orario Budget investito < = 20%	100%
2b	Controllo e monitoraggio del Tasso di Assenza del personale dipendente e universitario convenzionato dettagliato per Struttura Complessa di appartenenza e, nell'ambito di ciascuna Struttura, per raggruppamento dei profili professionali. La rilevazione dei dati delle assenze per il calcolo dei reltivi tassi di assenza dovrà basarsi sui dati che confluiscono nelle Tabele di Conto Annuale T11 T12 e T1b per il personale universitario convenzionato Attrattività e Retention (Contrasto al Turnover)-Riduzione del tasso di turnover volontario del personale qualificato con implementazione di piani di welfare aziendale, flessibilità oraria (ove applicabile) e percorsi di carriera chiari. Miglioramento del clima organizzativo e riduzione del burnout con attivazione di sportelli di ascolto e programmi di "work-life balance"	N. giornate di assenza/ N. giornate lavorabili da contratto al netto delle assenze per ferie godute Diminuzione del 10% delle dimissioni volontarie rispetto alla media del triennio precedente Somministrazione del questionario di monitoraggio dello stress lavoro-correlato e riduzione del tasso di assenteismo per brevi periodi del 5%.	100%
2c	Celere utilizzo dei contributi per quote vincolate/finalizzate/ extra fondo attraverso attenta verifica delle risorse ancora accantonate. Riduzione di utilizzo delle poste straordinarie, al netto delle iscrizioni derivanti da indicazioni ministeriali e/o regionali. Contenimento della voce di Ce "altri accantonamenti" rispetto al costo della produzione.	1 . Utilizzo dei fondi finalizzati/vincolati al 31.12.2025 ≥50% 2 . Riduzione del 50% dell'Indicatore su Partite straordinarie attive a IV° trimestre: Partite straordinarie attive/Valore della produzione 3 . Riduzione del 50% dell'Indicatore su Partite Straordinarie Passive a IV° trimestre / Costi della Produzione 4 . Riduzione del 50% dell'Indicatore su altri accantonamenti a IV trimestre: altri accantonamenti/Costi della produzione	100%: se raggiunti i quattro indicatori due indicatori 50%: se raggiunto solamente 0% se raggiunti meno di due indicatori

2d	Governance delle gare centralizzate	<p>Adesione alle gare centralizzate programmate dalla CRAS nei tempi previsti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempo di recepimento dei contratti ≤30 gg 2. Attivazione convenzioni ≤10 gg 3. Monitoraggio bimestrale dell'ordinato rispetto al contratto 4. Riscontro richieste componenti Tavolo Tecnico di Progettazione ≤ 10-15 gg dalla richiesta 5. Riscontro richieste componenti Commissione Giudicatrice ≤ 10-15 gg dalla richiesta 6. Rispetto programmazione Gare Unione d'Acquisto ≤ 9 mesi da indizione 7. Monitoraggio adesione alle singole iniziative ≤ 20 gg dalla stipula della convezione 8. Trasmissione tempestiva piano esigenziale Nuovo Anno entro Ottobre dell'anno precedente 9. Rispetto tempo Tavolo Tecnico/ Commissione giudicatrice di 90gg 10. Attuazione GPP/Sostenibilità entro ____ 11. Validazione budget e obiettivi per nuove iniziative entro il 30 Settembre dell'anno precedente l'indizione 	100%
2e	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	<p>Valore economico spesa per</p> <ol style="list-style-type: none"> a) prodotti farmaceutici (voce BA0030) = ≤ 3% del valore di spesa consuntivata nell'anno 2025 b) dispositivi medici (voce BA0210) = ≤ valore consuntivato 2024 c) spesa farmaceutica convenzionata = ≤ 2% del valore di spesa consuntivata nell'anno 2025 d) ptotesica (voce CE BA0750) = ≤ valore consuntivato 2025 	100%

Obiettivi qualitativi			
Codice obiettivo specifico	Criterio di stesura	Obiettivi	Risultato atteso Aziende
2f	Monitoraggio e controllo continuo dei dati di costo e di produzione garantendo l'accuratezza e qualità del dato necessaria per una programmazione sanitaria efficace ed efficiente	<p>Controllo dei seguenti dati di costi</p> <p>a. BA0400 - Acquisti servizi sanitari (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 30%</p> <p>b. BA0400 - Acquisti servizi sanitari (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 0%</p> <p>c. BA1560 - Acquisti servizi non sanitari: Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 30%</p> <p>d. BA1560 - Acquisti servizi non sanitari: Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 0%</p> <p>e. BA2890 - Altri accantonamenti (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 50%</p> <p>f. BA2890 - Altri accantonamenti (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 0%</p> <p>g. EA0010 - Proventi straordinari (Valore della Voce di CE a IV trimestre- Valore della voce di CE a III trimestre)/Valore della Voce di CE a III trimestre) ≤ 50%</p> <p>h. EA0010 - Proventi straordinari (Valore della Voce di CE a consuntivo- Valore della voce di CE a IV trimestre)/Valore della Voce di CE a IV trimestre) ≤ 5%</p>	<p>100%: se raggiunti i due indicatori per tutte le voci</p> <p>50%: se raggiunto solamente il secondo indicatore per tutte le voci</p> <p>0% se non raggiunto nessun indicatore</p>
2f	Trasmissione al Servizio "Amministrativo e Risorse umane del SSR" entro il 31.05.2027 della rendicontazione del rispetto del tetto di spesa del personale come definito, per ciascuna Azienda, dalla DGR 581 del 23 giugno 2021 e trasmissione trimestrale (entro il 15 del mese successivo) dei monitoraggi sullo stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2026 dai rispettivi PTFP 2026-2028	Attuazione del rispetto del tetto di spesa assegnato, con monitoraggio trimestrale, e invio dei monitoraggi trimestrali dello stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2026 dai rispettivi PTFP 2026-2028 con riferimento al 30.06.2027, al 30.09.2027 e al 31.12.2027.	<p>100% rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali = 100% risultato</p> <p>100% rispetto del tetto ma rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 90% risultato</p> <p>rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 0% risultato</p>

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)

Obiettivi specifici Piani strategici

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo di dettaglio	Punteggio obiettivo PROPOSTO	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Area tematica	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	REFERENTE REGIONALE
4	Piena attuazione del Piano di Rischio clinico di cui alla DGR 211/2025 & DGR 212/2025	5	4a.1	Prevenzione	PNCAR	Rispetto, secondo i piani regionali, degli obiettivi trainanti di cui alla DGR n 683/2025: a) Predisposizione e diffusione di una reportistica aziendale sui dati di consumo degli antibiotici espressi in DDD per ambito territoriale e/o ospedaliero (con le necessarie disaggregazioni) e partecipazione diretta alla costituzione del sistema informatico integrato regionale secondo le indicazioni regionali	1. Report annuale relativo ai consumi dell'anno 2025 e del primo semestre 2026, secondo modello report regionale 2. Rispetto delle indicazioni regionali per lo sviluppo del sistema informativo unico regionale integrato per il monitoraggio e la sorveglianza dell'Antimicrobico-resistenza	1. in corso 2026 2. 31/12/2026	MACRI
			4a.2			Rispetto, secondo i piani regionali, degli obiettivi trainanti di cui alla DGR n 683/2025: Partecipazione attiva e diretta al programma di implementazione della verifica annuale dell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani attraverso osservatori con metodologia OMS (5 momenti igiene delle mani) che prevede entro il primo semestre la formazione del personale individuato e nella seconda metà l'attivazione della prima rilevazione in strutture ospedaliere e reparti secondo piano regionale la sorveglianza con invio dati all'ISS e verificadell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani nell' 80% degli ospedali pubblici per acuti.	1. Completamento della formazione del personale individuato per il monitoraggio entro il rimo semestre 2026 2.Implementazione della prima osservazione secondo indicazioni regionali, ntro il secondo semestre 2026	1. 30.6. 2026 2. 31/12/2026	MACRI
		10	4b	Territorio - Ospedale	PIANI DELLE RETI CLINICHE	Attuazione dei Piani delle Reti Cliniche	Rispetto dei Cronoprogramma	31/12/2026	RIICCI -BATTISTON
		10	4c.1	Trasversale	PIANO DIGITALIZZAZIONE	Piena attuazione del programma di Telemedicina	N. servizi di Telemedicina attivati/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-BATTISTON
			4c.2			Piena attuazione dell'implmentazione dell'ICD10 e del CIPI e nvio flussi sperimentali come da programma nazionale	N. strutture attive per utilizzo ICD10 e CIPI e flussi sperimentali inviati/n. previsti =100%	31/12/2026	BALDACCI-RICCI
		25							

FIRMA DIRETTORE SALUTE & WELFARE
(firma digitale)

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA
(firma digitale)