

POLITICA DELLA QUALITA’ ANNO 2026

(INTEGRATA CON LA SICUREZZA DEL LAVORO D.LGSL 81/08 e Dlgs 231/01)

Il Consiglio d’Amministrazione di Maria Cecilia Hospital, facendo propri gli indirizzi generali di GVM Care & Research, ritiene opportuno e prioritario, al fine di migliorare con costanza il proprio standard qualitativo, mantenere un Sistema di Gestione della Qualità conforme alla norma internazionale **UNI EN ISO 9001:2015** e all’**Accreditamento Istituzionale**.

La politica della qualità costituisce pertanto parte coerente della politica e della strategia generale dell’organizzazione per lo svolgimento di tutte le attività, consentendo di esplicitarne in modo chiaro e condivisibile le potenzialità, le capacità produttive e l’orientamento al miglioramento continuo.

Maria Cecilia Hospital, nel definire, implementare e approvare tale politica aziendale, garantisce che essa risulti:

- appropriata e coerente con la propria *mission* e i propri valori;
- comunicata, compresa, attuata e perseguita a tutti i livelli dell’organizzazione;
- riesaminata periodicamente al fine di verificare l’attuazione della stessa, l’adesione dei comportamenti aziendali e la continuità con le normative e con gli schemi certificativi di riferimento;
- supportata da obiettivi misurabili e condivisibili.

La politica della qualità è diffusa a tutto il personale e riesaminata periodicamente in sede di riesame di Direzione per garantirne la massima adeguatezza.

Questo documento esplicita la *mission*, che rappresenta la ragion d’essere dell’organizzazione, e i valori a cui essa si ispira e il cui rispetto è garantito da *obiettivi generali* che si declinano annualmente in *obiettivi specifici* definiti nel riesame di Direzione.

LA MISSION

Maria Cecilia Hospital nasce a Cotignola (Ravenna) nel 1973 e sin dalla costituzione si distingue dalle altre strutture private emiliano-romagnole per una scelta precisa: orientare l'attività verso l'Alta Specialità e l'Alta Complessità, in particolare negli ambiti della cardiologia clinica, della cardiocirurgia e della neurochirurgia. La *mission* di Maria Cecilia Hospital è di offrire prestazioni sanitarie di alto livello, perseguendo il fine di offrire risultati clinici efficaci alla persona del paziente attraverso il miglioramento continuo della qualità assistenziale e l'eccellenza del servizio. Maria Cecilia Hospital opera secondo standard di eccellenza, eroga prestazioni sanitarie di ricovero e cura di alta specialità e complessità e persegue finalità di ricerca traslazionale. Nel miglioramento continuo l'organizzazione riconosce la base culturale, intellettuale e motivazionale della propria azione.

L'esercizio della *mission* non può prescindere da:

- centralità del paziente;
- efficacia delle cure;
- efficienza dei processi e uso responsabile delle risorse.

La filosofia di Maria Cecilia Hospital si esprime di concerto con quella del gruppo GVM Care & Research, rete di strutture sanitarie distribuite sul territorio nazionale e internazionale di cui fa parte, con cui opera in piena sinergia, specie nei settori dei servizi generali e dell'amministrazione al fine di ottimizzare i processi gestionali e le risorse a disposizione.

PRINCIPI

Il principio fondamentale espresso nella *mission* si realizza nel miglioramento continuo della qualità rispetto a dei principi inderogabili:

- **Centralità della persona paziente e umanizzazione delle cure:** mettere la persona al centro dell'assistenza sanitaria significa riconoscere il paziente nella sua interezza fisica, psicologica, sociale e culturale. Questo principio si traduce in un approccio che coinvolge la relazione tra paziente, familiari, *caregiver* e professionisti sanitari, migliorando la qualità e l'efficacia delle cure attraverso la comunicazione efficace, la condivisione dei percorsi terapeutici e la valorizzazione del benessere di tutti gli attori coinvolti.
- **Alta specialità ed eccellenza sanitaria:** distinguersi nel panorama sanitario per l'elevato livello professionale e delle prestazioni sanitarie per mezzo di un livello diffuso di elevata qualità, che annovera tra gli elementi cardine la tecnologia, l'innovazione, l'alta qualifica del personale e l'offerta di percorsi di cura ottimizzati.
- **Efficienza delle cure e gestione del rischio clinico:** assicurare le migliori prestazioni diagnostiche e terapeutiche in termini di appropriatezza, tempestività, efficacia, sistematicità e continuità basata sulle migliori evidenze scientifiche e su un'assistenza personalizzata con riferimento ai modelli assistenziali. Un sistema efficiente dalla prospettiva sanitaria è un sistema che minimizza il rischio clinico e al contempo garantisce qualità, promuovendo la cultura della sicurezza, monitorando i rischi, implementando azioni e procedure per prevenirli e mitigarne gli effetti, oltre che definendo dei sistemi di responsabilità.

- **Ricerca traslazionale:** fare ricerca traslazionale significa tradurre l'innovazione scientifica nella pratica assistenziale e rappresenta un elemento distintivo di Maria Cecilia Hospital. Assicurare la qualità della ricerca traslazionale garantisce la massimizzazione dell'efficacia, dell'efficienza e del beneficio delle scoperte, traducendo le conoscenze in strumenti e approcci concreti nella pratica clinica.
- **Innovazione tecnologica:** individuare e mettere costantemente in atto l'innovazione nei campi della diagnosi, della terapia e della ricerca, adottando le tecnologie più evolute tra quelle disponibili sul mercato e assicurare la qualità dell'assistenza attraverso le tecniche assistenziali più moderne.
- **Formazione continua:** offrire le opportunità, in un ambiente di lavoro idoneo e attraverso piani di formazione, per una crescita sempre aggiornata delle competenze, delle conoscenze e delle capacità, ponendo attenzione alle risorse umane, motivandole e coinvolgendole nello sviluppo dei progetti formativi e nella realizzazione degli obiettivi.
- **Efficienza dei processi e uso responsabile delle risorse:** sviluppare un'azione continua di miglioramento dei processi e dei servizi aziendali fondata sul mappaggio, il monitoraggio e l'ottimizzazione dei processi interni, delle loro interazioni e dell'utilizzo delle risorse.
- **Tutela e partecipazione dell'utenza:** garantire il diritto fondamentale alla persona paziente, ai familiari e ai *caregiver*, di essere coinvolti attivamente nei processi di erogazione dei servizi e di esercitare i propri diritti attraverso strumenti di segnalazione, reclamo e proposta.

OBIETTIVI GENERALI – ANNO 2026

GLI OBIETTIVI GENERALI SONO IDENTIFICATI DA UN CODICE NUMERICO CUI FANNO RIFERIMENTO GLI OBIETTIVI SPECIFICI ANNUALI

1) QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI SANITARIE, AMMINISTRATIVE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

- Attuare le misure specifiche di analisi del Piano programma per la sicurezza delle cure ponendosi come obiettivo principale il continuo miglioramento in materia di Rischio Clinico
- Implementazione ed utilizzo della cartella clinica informatizzata in tutte le Unità operative e miglioramento della corretta e completa tenuta della documentazione sanitaria
- Migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati attraverso il monitoraggio continuo dei relativi indicatori/standard, nello specifico per l'anno 2025 verrà monitorato il Servizio di Diagnostica per Immagini
- Miglioramento dei servizi e delle prestazioni rese e monitoraggio periodico del livello di soddisfazione degli utenti e registrazione/gestione di reclami
- Attuare le misure di prevenzione e protezione (D. Lgs 81/08 e successive modifiche e integrazioni) previa valutazione del rischio
- Miglioramento del servizio sanitario erogato al paziente attraverso l'attivazione di azioni correttive e progetti di miglioramento
- Migliorare la comunicazione interna ed esterna attraverso il continuo aggiornamento delle procedure aziendali e del sito internet, ed implementazione di un nuovo applicativo informatico per la divulgazione della documentazione

2) RICERCA

- Sviluppare la ricerca attraverso lo sviluppo di nuovi studi clinici e traslazionali
- Garantire la qualità delle metodiche e dei risultati propri della ricerca
- Inserire le attività di ricerca in network di riconosciuta eccellenza
- Diffondere la cultura della ricerca

3) FORMAZIONE E INSERIMENTO DEL PERSONALE

- Definire il fabbisogno formativo ed erogare la formazione necessaria, inclusa quella che attiene i requisiti cogenti (sicurezza, privacy, ecc.)
- Comunicare gli aggiornamenti sul tema della formazione, sviluppare l'audit clinico, la formazione sul campo, la gestione del rischio
- Eseguire formazione specifica sul Rischio Clinico trasversale per tutti i lavoratori

4) RAGGIUNGIMENTO DEL BUDGET

- Garantire il raggiungimento del volume di produzione programmato sia per l'onere accreditato che per l'onere privato
- Contenere l'incidenza dei costi di materiali rispetto al fatturato ed ottimizzare il costo del personale in rapporto ai volumi di produzione

OBIETTIVI SPECIFICI

La verifica degli obiettivi specifici si svolge nel corso dei Riesami di Settore e di Direzione e ha come riferimento almeno l'intero anno precedente.

1) QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI SANITARIE, AMMINISTRATIVE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

- Attuare le misure specifiche di analisi del Piano programma per la sicurezza delle cure ponendosi come obiettivo principale il continuo miglioramento in materia di Rischio Clinico

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILE	FONTE DATI	CHI MONITORA	INDICATORI	STANDARD
Migliorare la prevenzione e la cura delle infezioni ospedaliere	Monitoraggio: Esecuzione audit in reparto e servizio a cura dell' Infermeria Rischio Infettivo (ISRI)	Direttore Sanitario (Risk Manager) Direttore Personale infermieristico e tecnico	Esiti dei report dell' Infermeria Rischio ISRI	ISRI	Percentuale di copertura osservazionale dei reparti e/o servizi % conformità delle osservazioni eseguite nel bundle relativo le infezioni del sito chirurgico Informatizzazione degli audit eseguiti dal ISRI ai fini prevenzione infezioni rispetto ai temi: -adesione alle precauzioni standard; -adesione alle precauzioni aggiuntive nei casi di germi sentinella; -pulizia e disinfezione dei dispositivi medici; - gestione degli antisettici e disinfettanti aperti	>90% dei reparti e/o servizi coperti da osservazioni >85% Audit informatizzati eseguiti da ISRI ai fini prevenzione infezioni = 100%
	Prevenzione: Garantire un numero adeguato di osservatori igiene mani e ricostituzione della squadra in caso di necessità con corsi di formazione.	Direttore Sanitario (Risk Manager)	Esiti dei report dell' Infermeria Rischio Infettivo (ISRI)	ISRI	Numero osservatori	Almeno 5 osservatori formati in organico

	Cura: Monitoraggio della motivazione della prescrizione di antibiotico come da progetto “Antibiotico perché” direttamente in cartella clinica a cura del medico.	Responsabile medico di Unità Operativa e/o Servizio	W Hospital	Direttore Sanitario	Percentuale di copertura di motivazione riportata in cartella clinica a seguito di prescrizione di antibiotico.	Percentuale di motivazione presente nel 100% dei casi
	Prevenzione e cura delle infezioni ospedaliere: Monitoraggio degli indicatori riportati nel Piano programma prevenzione infezioni ospedaliere	Direttore Sanitario (Risk Manager)	W Hospital	Ufficio Reportistica Direzionale	Indicatori e relativi standard come da relazione Piano programma prevenzione infezioni ospedaliere, redatto annualmente e aggiornato trimestralmente a cura del Direttore Sanitario	Monitoraggio del 100% degli indicatori
Garantire alto livello qualitativo dell’assistenza sanitaria	Monitoraggio dei trend di: - lesioni da pressione - cadute accidentali	Direttore del Personale Infermieristico e Tecnico	Software LEAN e software della cartella clinica elettronica W Hospital	Coordinatori Infermieristici del Servizio (SITRA) della Direzione del Personale.	N° casi riscontrati: - lesioni da pressione - cadute accidentali	Dati migliorativi rispetto l’anno 2025 definiti come % di miglioramento non inferiore al 5% in ciascuno degli indicatori

- Implementazione ed utilizzo della cartella clinica informatizzata in tutte le Unità operative e miglioramento della corretta e completa tenuta della documentazione sanitaria

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILE	Fonte DATI	CHI MONITORA	INDICATORI	STANDARD
Informatizzazione della cartella clinica	Utilizzo della cartella clinica informatizzata in tutte le Unità operative.	Direttore Sanitario	W Hospital, software della cartella clinica elettronica	Ufficio Reportistica Direzionale	Percentuale di utilizzo della cartella elettronica informatizzata	100% di utilizzo della cartella clinica informatizzata
Migliorare la corretta e completa tenuta della cartella clinica e il tempo di consegna di copia della cartella clinica	Realizzazione del report annuale sulla corretta e completa tenuta della cartella clinica	Direttore Sanitario	Software “Cartelle cliniche” Relazione del Direttore Sanitario.	Ufficio Cartelle cliniche	% errore diario clinico %assenza referto operatorio %assenza consenso informato % assenza anamnesi	Errore diario clinico < 5% Assenza referto operatorio pari a 0% Assenza consenso informato = 0% Assenza anamnesi = 0%

- Migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati attraverso il monitoraggio continuo dei relativi indicatori/standard, nello specifico per l'anno 2025 verrà monitorato il Servizio di Diagnostica per Immagini

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILE	FONTE DATI	CHI MONITORA	INDICATORI	STANDARD
Erogare un servizio gradito all'utenza ambulatoriale di Diagnostica per Immagini	Monitoraggio dei tempi di refertazione delle prestazioni di Radiologia.	Direttore Sanitario	PACS di Istituto	Ufficio Reportistica Direzionale	Tempo di risposta per esami in libera professione Tempo di risposta per esami in SSN Tempo di risposta risonanza magnetica cardiovascolare	Tempo di risposta per esami in LP: 2 gg lavorativi Tempo di risposta per esami in SSN: 5 gg lavorativi Tempo di risposta risonanza magnetica cardiovascolare: 20 gg lavorativi
	Monitoraggio dei reclami riguardanti i tempi di ricezione dei referti (tempo di risposta)	Responsabile medico di Servizio	Raccolta dei reclami da parte del Direttore Sanitario tramite sito internet sezione URP e reclami cartacei	Direttore Sanitario	Numero (%) di reclami rispetto ai referti	<10%.

- Miglioramento dei servizi e delle prestazioni rese e monitoraggio periodico del livello di soddisfazione degli utenti e registrazione/gestione di reclami

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILE	FONTE DATI	CHI MONITORA	INDICATORI	STANDARD
Garantire la Gestione della Qualità del servizio sanitario e amministrativo e del controllo con auditing	Verifica del gradimento dei servizi di ricovero e ambulatoriali, monitorati con report automatici da totem e redazione della relazione di sintesi	Direzione Generale	Report annuali del gradimento da pazienti ricoverati e ambulatoriali	Responsabile Qualità Ufficio Marketing e Comunicazione	Gradimento ricoveri e ambulatori come livello percentuale di positività	Ricoveri: > 75% Ambulatoriale: > 80%
	Analisi reclami pervenuti da parte dell'utenza	Direzione Sanitaria	Reclami pervenuti tramite sito, URP, mail/pec, modulo interno R/G13-01	Segreteria di Direzione sanitaria	Percentuali di reclami risolti	Risoluzione dei reclami pari al 100%

- Migliorare le misure di prevenzione e protezione (D. Lgs 81/08 e successive modifiche e integrazioni) previa valutazione del rischio

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILE	FONTE DATI	CHI MONITORA	INDICATORI	STANDARD
Sicurezza del lavoro: assicurare e migliorare la tutela della salute e sicurezza del lavoro (D. Lgs 81/08) per tutti i lavoratori	Valutazione dei rischi e misure di prevenzione e protezione attuate come prevede il modello OT23 dell'INAIL e da utilizzare per la richiesta. Coinvolgimento dell'Organismo di Vigilanza a supporto per la presentazione della domanda.	Datore di Lavoro	Valutazione del Rischio ai sensi del D. Lgs 81/08 e sue successive modifiche e integrazioni. Modello OT 23 per la domanda.	Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione	Punteggio da raggiungere modello OT23 INAIL e conseguente ottenimento dello sgravio fiscale	Raggiungimento di un punteggio pari almeno a 100.

- Miglioramento del servizio sanitario erogato al paziente attraverso l'attivazione di azioni correttive e progetti di miglioramento

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILE	FONTE DATI	CHI MONITORA	INDICATORI	STANDARD
Miglioramento del servizio sanitario attraverso progetti di miglioramento	Implementazione di nuovi progetti di miglioramento, quali:					
	1. Ottimizzazione impiego emoderivati nel pz cch	Direzione Generale	Gestionali informatici o procedure assistenziali	Direzione Sanitaria	% TR di riferimento	Chirurgia valvolare = • TR di riferimento 54-67% Chirurgia valvolare + CABG = • TR di riferimento 80-88% CABG =

						TR di riferimento 43-54%
	2 Progetto di continuità assistenziale: multiculturalità infermieristica	Direzione Personale Infermieristico e Tecnico	-Gestionali informatici -Procedure assistenziali -Codice deontologico -Linee guida	Coordinatori infermieristici	-% corsi formazione eseguiti -% partecipanti -% efficacia formativa	>90% >90% 100%
	3. Monitoraggio indicatori PNE	Direzione Generale	Data base SDO	Direzione Generale, Sanitaria e data manager	indicatori da PNE monitorati	100%

- Migliorare la comunicazione interna ed esterna attraverso il continuo aggiornamento delle procedure aziendali e del sito internet

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILE	FONTE DATI	CHI MONITORA	INDICATORI	STANDARD
Miglioramento della comunicazione interna ed esterna	Implementazione del sistema qualità documentale intranet	Direzione Generale Responsabile Servizi Informativi	Nuovo gestionale informatico	Responsabile Qualità	Implementazione ed utilizzo del nuovo gestionale	Servizio fruibile internamente entro il 30.06.26
	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale	Direzione Generale Direzione Sanitaria Direzione Scientifica	Sito aziendale	Ufficio Marketing	Numero di aggiornamenti annuale	> 1 revisione/ anno

2) RICERCA

OBIETTIVI	ATTIVITA'	Responsabile	Fonte dati	INDICATORI	STANDARD
Garantire il soddisfacimento di elevati standard di qualità e etica della ricerca	Promuovere l'aggiornamento dei requisiti previsti dalla certificazione GCP per il personale preposto alla conduzione e gestione dei trial clinici	Direttore Scientifico	Registro personale ricerca	% di personale coinvolto negli studi clinici e traslazionali	100%
Sviluppare studi clinici e traslazionali innovativi, sia sponsorizzati che non profit	Razionalizzazione di un'ipotesi scientifica e predisposizione dei protocolli in ottemperanza della normativa vigente	Resp. Scientifico, Coordinatore Direttivo Ricerca Scientifica	Database Clinical Trial Unit	Numero studi approvati/anno	Non inferiore a 6
Mantenimento e aggiornamento delle competenze del team di ricerca	Partecipazione a eventi formativi sia clinici che di ricerca traslazionale	Direttore Scientifico	Portale settore formazione	Numero di corsi/persona/anno	Non inferiore a 2
Favorire lo sviluppo della ricerca traslazionale garantendone il carattere innovativo	Sviluppo e realizzazione di protocolli sperimentali di laboratorio e loro applicazione alla ricerca traslazionale	Direttore Scientifico	Elenco SOP	Numero di nuovi protocolli sperimentali/anno	Non inferiore a 3
Instaurazione di rapporti istituzionali con soggetti di riconosciuta eccellenza nei campi della ricerca e dell'innovazione	Stipula di accordi e convenzioni con sia con enti pubblici che privati relativamente ad attività di ricerca	Direttore Scientifico	Archivio segreteria di direzione scientifica	Numero di accordi/convenzioni	Almeno 1 nell'anno 2025
Garantire standard elevanti di conformità relativamente al laboratorio e agli studi clinici e traslazionali	Rilevazione e gestione delle non conformità	Direttore Scientifico, Direttore Laboratorio Ricerca Traslazionale, Responsabile Clinical Trial Unit	Registro delle non conformità	Numero di non conformità/anno	Non superiore a 10
Garantire la qualità dei prodotti della ricerca scientifica in termini di rilevanza nazionale e internazionale dei prodotti	Pubblicazione di lavori scientifici peer-reviewed su riviste di riconosciuto impatto	Direttore Scientifico	Scopus, SciVal, PubMed, JCR	- Impact factor grezzo - % di pubblicazioni nei quartili Q1 e Q2 - Field weight citation index - International collaboration index (%)	- >800 punti - >75% - Superiore alla media UE - Superiore alla media UE
Diffondere le metodologie scientifiche all'interno dell'ospedale	Organizzazione di convegni, seminari e journal club all'interno dell'ospedale	Direttore Scientifico	Portale settore formazione	Numero di eventi/anno	Non inferiore a 10

3) FORMAZIONE E INSERIMENTO DEL PERSONALE

- Definire il fabbisogno formativo ed erogare la formazione necessaria, inclusa quella che attiene i requisiti cogenti (sicurezza, privacy, ecc.)
- Comunicare gli aggiornamenti sul tema della formazione, sviluppare l'audit clinico, la formazione sul campo, la gestione del rischio
- Eseguire formazione specifica sul Rischio Clinico trasversale per tutti i lavoratori

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILE	FONTE DATI	CHI MONITORA	INDICATORI	STANDARD
Garantire percorsi di formazione e aggiornamento all'interno dell'Ospedale	Erogare corsi in modalità formazione sul campo, residenziale, videoconferenza o FAD asincrona	Responsabile Formazione	- Gestionale TOM Programma Formativo anno 2026	Segreteria del Servizio Formazione	- Corsi erogati/ totale corsi programmati * 100 - Saturazione d'aula in percentuale - Valore medio del test di gradimento	Formazione residenziale e videoconferenza e FAD asincrona Maggiore o uguale a 60% Maggiore o uguale a 70% Maggiore o uguale a 4
						Formazione sul campo Maggiore o uguale a 60% Maggiore o uguale a 80% Maggiore o uguale a 3
Implementare e migliorare le competenze sulla Gestione del Rischio Clinico (Obiettivo triennio 2023-2025, obbligatorio da Accreditemento Regionale)	Erogare formazione specifica sulla Gestione del Rischio Clinico, specificatamente sulle seguenti tematiche: -Il rischio clinico con riguardo alla gestione dell'evento avverso, alla comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari -La corretta gestione delle infezioni ospedaliere -La corretta gestione della cartella clinica informatizzata	Responsabile Formazione	- Gestionale TOM Programma Formativo anno 2026-2028	Segreteria del Servizio Formazione	% di lavoratori che hanno eseguito corso / Totale dei lavoratori	>50%

	-La revisione dei protocolli e delle procedure standard per ridurre l'incidenza di eventi avversi -La somministrazione sicura dei farmaci -La diffusione delle informazioni sulle iniziative di gestione del rischio tra il personale -La diffusione delle raccomandazioni del Ministero della Salute e della Regione Emilia Romagna					
--	--	--	--	--	--	--

4) RAGGIUNGIMENTO DEL BUDGET

- Garantire il raggiungimento del volume di produzione programmato sia per l'onere accreditato che per l'onere privato
- Contenere l'incidenza dei costi di materiali rispetto al fatturato ed ottimizzare il costo del personale in rapporto ai volumi di produzione

OBIETTIVI	ATTIVITA'	Responsabile	Fonte dati	CHI MONITORA	INDICATORI	STANDARD
Produzione Garantire il raggiungimento del volume di produzione programmato per l'onere accreditato e per l'onere privato	- Monitoraggio mensile dei volumi per onere accreditato e privato - Monitoraggio andamento ai fini del raggiungimento del target sulla committenza intra-regionale - Monitoraggio andamento della mobilità extra-regionale	Direzione Generale	Qlik Sense data warehouse	Controllo di gestione	- Ricoveri: fatturato realizzato 2025 (€ 96 mln) - Ambulatoriale: fatturato realizzato 2025 (€ 9 mln)	- Obiettivi anno 2026 definiti centralmente dall'Area Pianificazione Raggiungimento fatturato anno 2025 * Sufficiente >= 95% * Buono >= 98% * Ottimo >= 100% (raggiunto)
Consumi di materiale Contenere l'incidenza dei costi di materiali rispetto al fatturato	- Analisi mensile consumi di sala operatoria per Unità Operativa - Confronto con benchmark storici - Monitoraggio dei consumi di alcuni device nel rispetto del piano operativo condiviso dall'Area Pianificazione e	Direzione Generale	Qlik Sense data warehouse	Controllo di gestione	- % costo materiali sul fatturato - scostamento ricavo netto costo materiali vs periodo precedente per Unità Operativa (declinati per UO in documento di Budget) Cumulativo 2025 (inc.% 23,5)	- Obiettivi anno 2026 definiti centralmente dall'Area Pianificazione Limite incidenza costo materiale anno 2025 * Sufficiente <= 25,5% * Buono <= 24,5% * Ottimo <= 23,5% (raggiunto)
Costo del personale Ottimizzare il costo del personale in rapporto ai volumi di produzione	- Revisione turni per reparti di degenza / sale operatorie / area amministrativa - Monitoraggio straordinari, ferie e produttività oraria - Monitoraggio minutaggio assistenziale nel rispetto degli standard di accreditamento	Direzione Generale	Sistemi integrati IT	Controllo di Gestione	- % costo personale sul fatturato Cumulativo anno 2025 (inc.%16)	- Obiettivi anno 2026 definiti centralmente dall'Area Pianificazione Limite incidenza costo personale anno 2025 * Sufficiente <= 17,% * Buono <= 16,5% * Ottimo <= 16% (raggiunto)