

Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa anno 2014.

Al fine di pervenire ad un compiuto sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, in ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs 150/2009, sono state predisposte, con riferimento alle diverse articolazioni aziendali, delle schede di valutazione bilanciata articolate nelle seguenti dimensioni:

- Flussi informativi
- Attività
- Appropriatezza
- Efficienza
- Accessibilità
- Formazione

Per ogni dimensione valutativa sono stati definiti, coerentemente con gli indirizzi della programmazione regionale e le direttive strategiche aziendali contenute nel bilancio di previsione 2014:

- Obiettivi
- Azioni
- Indicatori
- Risultati attesi

Le schede così predisposte contengono, altresì, un sistema di valutazione che fa riferimento alla metodologia utilizzata dal Ministero per la valutazione dei LEA regionali e dalla Regione Puglia per la valutazione dei Direttori Generali delle aziende sanitarie.

Di seguito si riportano le schede proposte relative a:

- Unità di degenza
- Servizi ospedalieri
- Distretti sociosanitari
- Dipartimenti
- Aree e uffici di staff.

SCHEDA BILANCIATA DI VALUTAZIONE REPARTI DI DEGENZA

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO 2013	PESO	RISULTATO ATTESO 2014	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
FLUSSI INFORMATIVI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	CONFERIMENTO DATI SU SISTEMA EDOTTO	SDO VALIDATE SU SISTEMA EDOTTO NEI TERMINI PRESTABILITI (DGR 3/2014) / TOTALE SDO * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU GESTIONALI E/O EDOTTO	IMPEGNATIVE CHIUSE SU GESTIONALE SGP NEI TERMINI PRESTABILITI (DGR 3/2014) / TOTALE IMPEGNATIVE * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		CONSULENZE INTERNE REGISTRATE SU GESTIONALI E/O SU EDOTTO NEI TERMINI PRESTABILITE PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE / TOTALE CONSULENZE * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE IN EROGAZIONE DIRETTA	PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE IN EROGAZIONE DIRETTA REGISTRATE SU EDOTTO / TOTALE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE IN EROGAZIONE DIRETTA * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DEI DATI AREA APPLICATIVA "GRAVIDANZA E NASCITA"	SCHEDA INSERITE SU EDOTTO / TOTALE SCHEDA PRODOTTE * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
ATTIVITA'									
SODDISFACIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE (UTENTI ESTERNI E CONSULENZE INTERNE)	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	99% - 90%	89% - 70%	< 70%
ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO PERCORSI ASSISTENZIALI ALTERNATIVI AL RICOVERO	ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO DAY SERVICE DGR 433/2011, 2863/2011 e 1789/2012;	(N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2014 / N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2013) * 100			> 20% SU 2013	> 20%	15% - 20%	10% - 14%	< 10%
ADEGUATO RICORSO AL RICOVERO ORDINARIO	MIGLIORAMENTO COMPLESSITA' DEI CASI TRATTATI IN RICOVERO ORDINARIO	PESO MEDIO DRG IN RICOVERO ORDINARIO			> = VALORE MEDIO DRG ORDINARI PER DISCIPLINA	> = VALORE MEDIO DRG PER DISCIPLINA	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
	RIDUZIONE DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI	(N° DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI CON DRG MEDICI / N° DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI) *100			< = VALORE MEDIO DRG ORDINARI PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO DRG PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
	RIDUZIONE RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI (0 - 1- 2 giorni) AL NETTO DELLE AMMISSIONI IN URGENZA DA PRONTO SOCCORSO SENZA CONSULENZA DEL REPARTO ACCETTANTE	(N° RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI (0-1-2- giorni)(al netto delle ammissioni in urgenza da pronto soccorso senza consulenza del reparto accettante) / N° RICOVERI ORDINARI MEDICI) * 100			< = VALORE MEDIO DRG ORDINARI PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO DRG PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
ATTUAZIONE DEL PERCORSO NASCITA INTEGRATO OSPEDALE - TERRITORIO	INTERAZIONE CON I DISTRETTI NELLA ATTUAZIONE DEL PERCORSO NASCITA	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
APPROPRIATEZZA									
POTENZIAMENTO APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	INCREMENTO APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	N° RICOVERI CON DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA / N° RICOVERI NON A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA IN REGIME ORDINARIO			<=0,32	< = 0,32	0,32 - 0,39	> 0,39 in diminuzione	> 0,39 in aumento
		% DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA TRASFERITI IN DAY SERVICE DGR 433/2011, 2863/2011 e 1789/2012;			70%	>= 70%	50% - 70%	< 50% in aumento	< 50% in diminuzione
	RIDUZIONE RICOVERI IN D. H. CON FINALITA' DIAGNOSTICHE	N° RICOVERI IN DH CON FINALITA' DIAGNOSTICHE SU ANNO PRECEDENTE			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	RIDUZIONE DEL RICORSO AL PARTO CESAREO	(DIMESSE CON PARTO CESAREO/TOTALE DIMESSE PER PARTO)*100			< 35%	< 35%	35% - 40%	> 40% in diminuzione	> 40% in aumento
MIGLIORAMENTO QUALITA' CLINICA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	FRATTURA DEL FEMORE: TEMPESTIVITA' DELL'INTERVENTO PER OVER 65 ANNI ENTRO UN INTERVALLO DI TEMPO DI 0-2 GG	% pazienti (>= 65 +) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)			>= 50%	>= 50%	40% - 50%	< 40% in aumento	< 40% in aumento
	RIDUZIONE RICOVERI RIPETUTI	N° RICOVERI RIPETUTI STESSA MDC ENTRO 30 GG DALLA DIMISSIONE			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
EFFICIENZA									
POTENZIAMENTO EFFICIENZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	CONTENIMENTO GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA RICOVERI ORDINARI			< = A VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	GARANTIRE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER DEGENTI TENDENZIALMENTE ENTRO 24 h DALLA RICHIESTA	CONSULENZE INTERNE EFFETTUATE E REFERTATE ENTRO 24 h DALLA RICHIESTA / TOTALE CONSULENZE INTERNE RICHIESTE *100			90%	> = 90%	80% - 89%		< 80%
	CONTENIMENTO GIORNATE DI DEGENZA PREOPERATORIA	DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA			< = A VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	USO APPROPRIATO DEI FARMACI IN ASSISTENZA OSPEDALIERA E, A PARITA' DI INDICAZIONE TERAPEUTICA, UTILIZZO DEI FARMACI EQUIVALENTI	DOSI DEFINITE DIE / GIORNATE DEGENZA + ACCESSI DH (DDD / GD)			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
		CONSUMO FARMACI PER PUNTO DRG			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	PUNTUALE COMPILAZIONE E CHIUSURA DELLE SCHEDA MONITORAGGIO AIFA	SCHEDA MONITORAGGIO AIFA COMPILATE E CHIUSE / TOTALE SCHEDA MONITORAGGIO AIFA * 100			100%	100%			< 100%
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ESAMI DI RADIODIAGNOSTICA	CONTENIMENTO N° E COSTI ESAMI DI RADIODIAGNOSTICA PER DEGENTI	COSTO ESAMI RADIODIAGNOSTICA RICHIESTI / N° RICOVERI (ORDINARI + DH)			<= COSTO MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ESAMI DI LABORATORIO	CONTENIMENTO N° E COSTI ESAMI PATOLOGIA CLINICA PER DEGENTI	COSTO ESAMI PATOLOGIA CLINICA RICHIESTI / N° RICOVERI (ORDINARI + ACCESSI IN DH)			<= COSTO MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE									
LEGGIBILITA' E COMPLETEZZA DOCUMENTAZIONE	IMPLEMENTAZIONE DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA	VALUTAZIONE FORMALE REDATTA DAL RESPONSABILE RISCHIO CLINICO, ESPRESSA IN PERCENTUALE PER PRESIDIO OSPEDALIERO, SULLA BASE DEI DOCUMENTI CAMPIONATI			90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%
	TRACCIABILITA' ANNOTAZIONI E CONSULENZE IN CARTELLA CLINICA				90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%
CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	Implementazione Check list operatoria								
	Implementazione Check list trasfusionale								
PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE PREVENZIONE ICA				90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%
ACCESSIBILITA'									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	AGENDE PER PRIORITA' / AGENDE TOTALI *100			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
FORMAZIONE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

SCHEDA BILANCIATA DI VALUTAZIONE SERVIZI OSPEDALIERI

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO 2013	PESO	RISULTATO ATTESO 2014	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
FLUSSI INFORMATIVI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU GESTIONALI E/O EDOTTO	IMPEGNATIVE CHIUSE SU GESTIONALE SGP NEI TERMINI PRESTABILITI (DGR 3/2014) / TOTALE IMPEGNATIVE * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		CONSULENZE INTERNE REGistrate SU GESTIONALI E/O SU EDOTTO NEI TERMINI PRESTABILITE PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE / TOTALE CONSULENZE * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
ATTIVITA'									
SODDISFACIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE (UTENTI ESTERNI E CONSULENZE INTERNE)	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	99% - 90%	89% - 70%	< 70%
Attuazione programmi di screening	Chiamata attiva al test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	% Donne (25-64 anni) che hanno effettuato un pap test negli ultimi 3 anni			> = 65%	>= 65%	60% - 64%	< 60% in aumento	< 60% in diminuzione
	Chiamata attiva al test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	% Donne (50-69 anni) cha hanno effettuato una mammografia negli ultimi 2 anni.			>= 60%	>= 60%	55% - 59%	< 55% in aumento	< 55% in diminuzione
APPROPRIATEZZA									
EFFICIENZA									
CONTENIMENTO DELLA DEGENZA OSPEDALIERA	GARANTIRE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER DEGENTI TENDENZIALMENTE ENTRO 24 h DALLA RICHIESTA	CONSULENZE INTERNE EFFETTUATE E REFERTATE ENTRO 24 h DALLA RICHIESTA / TOTALE CONSULENZE INTERNE RICHIESTE *100			90%	> = 90%	80% - 89%		< 80%
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' LABORATORI ANALISI	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E AL PERSONALE IN DOTAZIONE	PRESTAZIONI EQUIVALENTI / PERSONALE EQUIVALENTE			VALORE MEDIO AZIENDALE	> = VALORE MEDIO	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' SERVIZI DI RADIODIAGNOSTICA	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E AL PERSONALE IN DOTAZIONE	PRESTAZIONI EQUIVALENTI NORMALIZZATE (SIRM) / PERSONALE EQUIVALENTE			VALORE MEDIO AZIENDALE	> = VALORE MEDIO	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
	MASSIMIZZARE L'UTILIZZO DELLE GRANDI MACCHINE (TAC, RMN) GARANTENDO UNA MEDIA OTTIMALE DI PRESTAZIONI PER TURNO DI 6 ORE PER MACCHINA IN ORARIO ISTITUZIONALE	N. TAC E N. RMN EROGATE PER TURNO DI 6 ORE IN ORARIO ISTITUZIONALE / N. GRANDI MACCHINE			VALORE OTTIMALE TEMPI MEDICI DOCUMENTO SIRM	> = VALORE OTTIMALE	SCARTO < 10% DAL VALORE OTTIMALE	SCARTO > 10% in diminuzione	SCARTO > 10% in aumento
CONTENIMENTO DELLA SPESA PER MATERIALE SANITARIO E DIAGNOSTICO	OTTIMIZZAZIONE DEL CONSUMO DI BENI SANITARI	RIDUZIONE PROPORZIONALE AI VOLUMI DI ATTIVITA' DEI CONSUMI >= 5%			RIDUZIONE > = 5%	> = 5%	2% - 5%		< 2%
ACCESSIBILITA'									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	AGENDE PER PRIORITA' / AGENDE TOTALI *100			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
FORMAZIONE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

DIPARTIMENTO IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO 2013	PESO	RISULTATO ATTESO 2014	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
FLUSSI INFORMATIVI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DEI DATI DI ATTIVITA' SU GESTIONALE	DATI VALIDATI DAL SISTEMA EDOTTO / TOTALE DATI REGISTRATI SU GESTIONALE * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		PRESTAZIONI INTERNE REGistrate SU GESTIONALE			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
ATTIVITA'									
SODDISFACIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA'	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE (UTENTI ESTERNI E INTERNI)	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA	100%	90% - 99%	70% - 89%	< 70%
Adeguamento requisiti minimi dei servizi trasfusionali (R.R. n. 15/2013), delle unità di raccolta sangue e delle articolazioni organizzative (R.R. n. 14/2012)	a) Presentazione piano di adeguamento dei requisiti minimi al R.R. 15/2013. b) Attuazione piano di adeguamento entro il 31.12.2014	Indicatore qualitativo (SI / NO)			SI	SI			NO
	a) Presentazione piano di adeguamento dei requisiti minimi al R.R. 14/2012. b) Attuazione piano di adeguamento entro il 31.12.2014	Indicatore qualitativo (SI / NO)			SI	SI			NO
APPROPRIATEZZA									
EFFICIENZA									
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' DEL SERVIZIO	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E AL PERSONALE IN DOTAZIONE	PRESTAZIONI EQUIVALENTI / PERSONALE EQUIVALENTE			VALORE MEDIO AZIENDALE	> = VALORE MEDIO	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
ACCESSIBILITA'									
FORMAZIONE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

SCHEDA BILANCIATA DI VALUTAZIONE PRONTO SOCCORSO

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO 2013	PESO	RISULTATO ATTESO 2014	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
FLUSSI INFORMATIVI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU EDOTTO	N. SCHEDE REGISTRATE / ACCESSI * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
ATTIVITA'									
RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA DEI PAZIENTI AL TRIAGE	RIDUZIONE TEMPI DI ATTESA IN RAPPORTO AL CODICE COLORE ATTRIBUITO	% PAZIENTI CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI			85%	>= 85%	70% - 84%	< 70% in aumento	< 70% in diminuzione
		% PAZIENTI CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA			85%	>= 85%	70% - 84%	< 70% in aumento	< 70% in diminuzione
OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA	ATTIVAZIONE POSTI OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA	QUALITATIVO SI / NO			SI	SI			NO
APPROPRIATEZZA									
APPROPRIATEZZA DEL RICOVERO	FILTRO DEI RICOVERI MEDIANTE CONSULENZA DEL MEDICO DI REPARTO	% RICOVERI CON CONSULENZA DI REPARTO / TOTALE RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO			100%	100%	90% - 99%	< 90% in aumento	< 90% in diminuzione
		% RICOVERI DA PS IN REPARTI CHIRURGICI CON DRG CHIRURGICO ALLA DIMISSIONE			70%	70%	60% - 70%	< 60% in aumento	< 60% in diminuzione
EFFICIENZA									
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ESAMI DI RADIODIAGNOSTICA	CONTENIMENTO N° E COSTI ESAMI DI RADIODIAGNOSTICA PER ACCESSI	COSTO ESAMI RADIODIAGNOSTICA RICHIESTI / N° ACCESSI			<= COSTO MEDIO AZIENDALE	<= VALORE MEDIO AZIENDALE	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
CONTENIMENTO DELLA SPESA PER MATERIALE SANITARIO E DIAGNOSTICO	OTTIMIZZAZIONE DEL CONSUMO DI BENI SANITARI	RIDUZIONE PROPORZIONALE AI VOLUMI DI ATTIVITA' DEI CONSUMI >= 5%			RIDUZIONE > = 5%	> = 5%	2% - 5%		< 2%
ACCESSIBILITA'									
FORMAZIONE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O.			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

DISTRETTI

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2013	PESO	RISULTATO ATTESO 2014	SISTEMA DI VALUTAZIONE			
						Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
FLUSSI INFORMATIVI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU GESTIONALI	IMPEGNATIVE CHIUSE SU GESTIONALE SGP NEI TERMINI PRESCRITTI			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	CONFERIMENTO DATI SU SISTEMA EDOTTO	REGISTRAZIONE SU EDOTTO ATTIVITA' ADI, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE NEI TERMINI PRESCRITTI			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		AGGIORNAMENTO ANAGRAFICHE (ASSISTITI, ESENZIONI, MEDICI PRESCRITTORI)			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		AGGIORNAMENTO SU EDOTTO ASSOCIAZIONE MEDICO RICETTARIO			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		REGISTRAZIONE SU EDOTTO DELL'ASSISTENZA PROTESICA			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		REGISTRAZIONE MENSILE SU EDOTTO DATI RELATIVI A MMG E PDLs, CA E MEDICINA DEI SERVIZI, ASS.ZA SPECIALISTICA INTERNA			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
ATTIVITA'									
POTENZIAMENTO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	AUMENTO COPERTURA % POPOLAZIONE ANZIANA IN ADI	(RESIDENTI >= 65 ANNI IN ADI / TOTALE RESIDENTI > = 65 ANNI) * 100			=> 3,5%	=> 3,5%	3% - 3,4%	< 3% in aumento	< 3% in diminuzione
SODDISFACIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	99% - 90%	89% - 70%	< 70%
ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO PERCORSI ASSISTENZIALI ALTERNATIVI AL RICOVERO	ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO DAY SERVICE DGR 433/2011, 2863/2011 e 1789/2012;	(N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2014 / N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2013) * 100			> 20% SU 2013	> 20%	15% - 20%	10% - 14%	< 10%
Attuazione programmi di screening	Chiamata attiva al test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	% Donne (25-64 anni) che hanno effettuato un pap test negli ultimi 3 anni			> = 65%	>= 65%	60% - 64%	< 60% in aumento	< 60% in diminuzione
ATTUAZIONE DEL PERCORSO NASCITA INTEGRATO OSPEDALE - TERRITORIO	o Attivazione dei punti territoriali del percorso nascita;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
	o Adozione di protocolli diagnostico-terapeutici-assistenziali distinti tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
	o Offerta attiva e Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN);	N° UTENTI CHE HANNO AVVIATO NELL'ANNO IL CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA			> 20% SU 2013	> 20%	15% - 20%	10% - 14%	< 10%
	o Adozione del “Libretto della gravidanza” che accompagnerà la donna nel percorso assistenziale territorio – ospedale – territorio;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
	o Adozione di percorsi integrati ospedale-territorio per le dimissioni precoci, l’assistenza domiciliare post partum e la pronta presa in carico del neonato da parte della pediatria di libera scelta;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
	o Attivazione presso ogni Consultorio Familiare dello “Spazio 0 – 1 anno” per i neo-genitori in collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
APPROPRIATEZZA									
CONTENIMENTO SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE	Controllo su MMG e PLS di aderenza ai provvedimenti regionali di appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica territoriale (es. compilazione schede monitoraggio statine, sartani, piani terapeutici, etc.).	Riduzione gap spesa farmaceutica territoriale (convenzionata + erogazione diretta) anno 2013 e 11,60% previsto dal DIEF 2013			Riduzione 70% gap spesa farmaceutica territoriale aziendale anno 2013 e 11,60% previsto dal DIEF 2013	> = 70%	60% - 70%		< 60%
CONTROLLO DELLA SPESA PROTESICA (D.M. 332/1999)	Controllo prescrittori in relazione alla spesa protesica;	Adozione misure di controllo SI/NO				SI			NO
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA									
PIENA INTEGRAZIONE CON GLI AMBITI DI ZONA	PIENO SVILUPPO DEGLI INTERVENTI PROGRAMMATI NEI PIANI DI ZONA	N° PROGETTI REALIZZATI / N° PROGETTI PROGRAMMATI * 100			100%	100%	80% - 99%	70% - 79%	< 70%
EFFICIENZA									
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E ALLE ORE DI SPECIALISTICA PER BRANCA	PRESTAZIONI / ORE PER BRANCA			VALORE MEDIO AZIENDALE PER BRANCA	> = VALORE MEDIO PER BRANCA	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
ACCESSIBILITA'									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	AGENDE PER PRIORITA' / AGENDE TOTALI			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
	PIENO FUNZIONAMENTO UVM	CASI VALUTATI IN UVM ENTRO 20 GIORNI DALLA RICHIESTA / TOTALE CASI VALUTATI			100%	100%	90% - 99%	< 90% in aumento	< 90% in diminuzione
FORMAZIONE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O.			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2013	PESO	RISULTATO ATTESO 2014	SISTEMA DI VALUTAZIONE			
						Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
FLUSSI INFORMATIVI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU GESTIONALI	IMPEGNATIVE CHIUSE SU GESTIONALE SGP NEI TERMINI PRESCRITTI			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	ALIMENTAZIONE COMPLETA E TEMPESTIVA DEL SISTEMA INFORMATIVO SISM	DATI REGISTRATI SUL SISTEMA INFORMATIVO SISM			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
ATTIVITA'									
SODDISFACIMENTO DELLA DOMANDA DI ASSISTENZA PSICHIATRICA TERRITORIALE	PRESA IN CARICO DI TUTTI I PAZIENTI PSICHIATRICI DEL TERRITORIO DI RIFERIMENTO	UTENTI PRESI IN CARICO DAI CSM PER 100.000 AB.			1 UTENTE OGNI 100 AB	> di 1/100 ab.	tra 0,5 e 1 / 100 ab.	< 0,5 in aumento	< 0,5 in diminuzione
ADEGUATO RICORSO AL RICOVERO ORDINARIO	MIGLIORAMENTO COMPLESSITA' DEI CASI TRATTATI IN RICOVERO ORDINARIO	PESO MEDIO DRG IN RICOVERO ORDINARIO			> = VALORE MEDIO DRG ORDINARI PER DISCIPLINA	> = VALORE MEDIO	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
APPROPRIATEZZA									
POTENZIAMENTO APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	INCREMENTO APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	N° RICOVERI CON DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA / N° RICOVERI NON A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA IN REGIME ORDINARIO			<=0,32	< = 0,32	0,32 - 0,39	> 0,39 in diminuzione	> 0,39 in aumento
FILTRO DEI RICOVERI DA PARTE DEI CSM	ASSICURARE IN ORARIO DI APERTURA DEL CSM LE CONSULENZE RICHIESTE DAL 118 A DOMICILIO OVVERO C/O IL P.S. DI RIFERIMENTO	N° CONSULENZE EFFETTUATE / N° CONSULENZE RICHIESTE DAL 118 IN ORARIO DI APERTURA DEL CSM			100%	100%	90% - 99%		< 90%
CONTROLLO PRESTAZIONI EROGATE DA STRUTTURE RIABILITATIVE CONVENZIONATE	Redazione Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI)	N° PTRI redatti / Totale utenti inseriti in strutture * 100			100%	100%			< 100%
	Verifica semestrale PTRI	N° PTRI verificati semestralmente / Totale PTRI * 100			100%	100%	90% - 99%		< 90%
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA									
INSERIMENTO LAVORATIVO UTENTI PSICHIATRICI	PROGRAMMI DI REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO ELABORATI IN INTEGRAZIONE CON GLI AMBITI DI ZONA	N° PROGRAMMI ATTIVATI PER CSM			ALMENO UN PIANO PER CSM SU BASE ANNUA	>=1			<1
EFFICIENZA									
POTENZIAMENTO EFFICIENZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	CONTENIMENTO GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA RICOVERI ORDINARI			< = A VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
ACCESSIBILITA'									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA h 12 CSM COMPATIBILMENTE CON LE RISORSE ASSEGNATE	ASSICURARE L'ACCESSO DIRETTO			100%	100%	90% - 99%		< 90%
	ASSICURARE PIENA E PUNTUALE PARTECIPAZIONE ALL'UVM	CASI VALUTATI IN UVM ENTRO 20 GIORNI DALLA RICHIESTA / TOTALE CASI VALUTATI			100%	100%	90% - 99%	< 90% in aumento	< 90% in diminuzione
FORMAZIONE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O.			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2013	PESO	RISULTATO ATTESO 2014	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
FLUSSI INFORMATIVI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU GESTIONALI	IMPEGNATIVE CHIUSE SU GESTIONALE SGP NEI TERMINI PRESCRITTI			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	CONFERIMENTO DATI SU SISTEMA EDOTTO (Compatibilmente con l'avvio dell'area applicativa "Assistenza Riabilitativa)	REGISTRAZIONE CARTACEA DELLE PRESTAZIOPNI AMBULATORIALI E DOMICILIARI (Nelle more dell'avvio della specifica area applicativa di Edotto)			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
ATTIVITA'									
SODDISFACIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	90% - 99%	70% - 89%	< 70%
POTENZIAMENTO7MANTENIMENTO VOLUMI ATTIVITA' RIABILITATIVE EX 26 I. 833/78	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	90% - 99%	70% - 89%	< 70%
	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' DOMICILIARE	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	90% - 99%	70% - 89%	< 70%
MASSIMIZZARE UTILIZZO REPARTI DI RIABILITAZIONE	MASSIMOL UTILIZZO POSTI LETTO	TASSO DI UTILIZZO (GD REALI / GD TEORICHE *100)			90%	>= 90%	80% - 89%	75% - 79%	< 75%
APPROPRIATEZZA									
CONTROLLO DELLA SPESA PROTESICA (D.M. 332/1999)	Controllo utilizzo puntatori oculari e montascale in comodato d'uso	N° utilizzatori controllati / totale utilizzatori * 100			70%	>=70%	60% - 69%	50% - 59%	< 50%
CONTROLLO PRESTAZIONI EROGATE DA STRUTTURE CONTRATTUALIZZATE EX ART. 26 L. 833/78	Controllo preventivo dei programmi di riabilitazione in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale	N° programmi controllati / Totale programmi presentati * 100			100%	100%	80% - 99%	70% - 79%	< 70%
	Controllo a campione con visita diretta dell'utente				10%	> 10%	9% - 10%	7% - 8%	< 7%
EFFICIENZA									
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' ASSISTENZA SPECIALISTICA RIABILITATIVA AMBULATORIALE E DOMICILIARE	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE E DOMICILIARE IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E ALLE UNITA' DI PERSONALE	PRESTAZIONI / ORE LAVORATE DI FISIOTERAPIA			Pres. Ambul. 1 / 1h (n. 36 pres sett); Pres. Dom. 1 / 1h 17' (n. 28 prest sett.)	> = 90%	75% - 89%	60% - 74%	< 60%
RIDUZIONE DEGENZA MEDIA REPARTI DI RIABILITAZIONE	CONTENIMENTO GIORNATE DI RICOVERO PER CASI NEUROLOGICI	DEGENZA MEDIA			60% DEL VALORE SOGLIA REGIONALE	36	Scostamento fino al 10%	Scostamento tra 11% e 20%	Scostamento > 20%
	CONTENIMENTO GIORNATE DI RICOVERO PER CASI CARDIO-RESPIRATORI	DEGENZA MEDIA			60% DEL VALORE SOGLIA REGIONALE	18	Scostamento fino al 10%	Scostamento tra 11% e 20%	Scostamento > 20%
	CONTENIMENTO GIORNATE DI RICOVERO PER CASI ORTOPEDICI	DEGENZA MEDIA			60% DEL VALORE SOGLIA REGIONALE	24	Scostamento fino al 10%	Scostamento tra 11% e 20%	Scostamento > 20%
ACCESSIBILITA'									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	AGENDE PER PRIORITA' / AGENDE TOTALI			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
	ASSICURARE PIENA E PUNTUALE PARTECIPAZIONE ALL'UVM	CASI VALUTATI IN UVM ENTRO 20 GIORNI DALLA RICHIESTA / TOTALE CASI VALUTATI			100%	100%	90% - 99%	< 90% in aumento	< 90% in diminuzione
FORMAZIONE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O.			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

SCHEDA BILANCIATA DI VALUTAZIONE SEZIONI DEL DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2013	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scotamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
FLUSSI INFORMATIVI									
COMPLETO E TEMPESTIVO AGGIORNAMENTO DEI DATI SUL SISTEMA SID2		ALIMENTAZIONE DI TUTTE LE AREE DI RILEVAZIONE			100%	100%			Se < a 100%
ATTIVITA'									
NUOVI UTENTI IN TRATTAMENTO		RAPPORTO NUOVI UTENTI / POPOLAZIONE RESIDENTE * 1000			1 X 1000 AB	>= 1	0,99 - 0.8	< 0.8 MA IN AUMENTO	< 0,8 NON IN AUMENTO
APPROPRIATEZZA									
VERIFICA PIANI DI TRATTAMENTO UTENTI INSERITI IN STRUTTURE		NUMERO DI PIANI MONITORATI CONGIUNTAMENTE CON LA STRUTTURA			100%	100%	99% - 90%	< 90% MA IN AUMENTO	<90 % MA NON IN AUMENTO
EFFICIENZA									
MIGLIORE UTILIZZO DEL PERSONALE MEDICO		PRESTAZIONI / OPERATORE			800	>=800	799-650	649-500	<500
MIGLIORE UTILIZZO DEL PERSONALE PSICOLOGO		PRESTAZIONI / OPERATORE			600	>=600	599-500	499-400	<400
MIGLIORE UTILIZZO DEL PERSONALE SOCIO-EDUC.		PRESTAZIONI / OPERATORE			700	>=700	699-600	599-500	<500
PREVENZIONE									
ATTUAZIONE DI PIANI DI PREVENZIONE		N° PROGRAMMI ATTIVATI			ALMENO UN PIANO SU BASE ANNUA	>=1			<1
REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO									
PROGRAMMI DI REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO ELABORATI IN INTEGRAZIONE CON GLI AMBITI DI ZONA		N° PROGRAMMI ATTIVATI			ALMENO UN PIANO SU BASE ANNUA	>=1			<1
QUALITA'									
PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.		N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DAL D.D.P. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI AL D.D.P.			ALMENO IL 50%	>= 50%			<50%

AREE E UFFICI DI STAFF

						SISTEMA DI VALUTAZIONE				AREE/STRUTTURE COMPETENTI
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2013	PESO	RISULTATO ATTESO 2014	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)	
FLUSSI INFORMATIVI										
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	a) Adempimenti relativi al sistema Tessera Sanitaria a1) Allineamento delle banche dati (assistiti, prescrittori, ricettari); a2) Verifica della qualità dei dati da parte delle strutture private accreditate e delle farmacie.	Per entrambe le azioni (a1 e a2), l'indicatore è tipo quantitativo: la % di disallineamento deve essere inferiore all'1% sulla base degli indicatori forniti dal sistema TS.			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%	UOSE E STRUTTURE INTERESSATE
	b) Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi nazionali e regionali come stabilito dai decreti ministeriali di riferimento e dalla DGR n. 3/2014. Invio dei dati ai sistemi informativi sanitari regionali e nazionali con le modalità ed entro i termini prestabiliti.	% Flussi correttamete inviati entro termine			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%	
ATTIVITA'										
Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale.	a) Razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici; b) Definizione degli obiettivi assegnati ai direttori delle UU.OO. ; c) Preferenza, a parità di indicazione terapeutica, dell'utilizzo di farmaci equivalenti; d) Razionalizzazione logistica dei magazzini; e) Controllo su MMG e PLS di aderenza ai provvedimenti regionali di appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica territoriale (es. compilazione schede monitoraggio statine, sartani, piani terapeutici, etc.) .	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2014 (Fonte: C.E.);			1) Riduzione 70% gap tra spesa farmaceutica ospedaliera aziendale anno 2014 e 3,5% prevista dalla legge;	> = 70%	60% - 70%		< 60%	AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO, FARMACIE OSPEDALIERE, UU.OO. OSPEDALIERE, SERVIZIO FARMACEUTICO, DISTRETTI E DIPARTIMENTI
		2) Spesa farmaceutica territoriale 2014 (Fonte: C.E.).			2) Riduzione 70% gap spesa farmaceutica territoriale aziendale anno 2014e 11,35% previsto dalla legge					
Contenimento della spesa del personale per incarichi di direzione o coordinamento (nel rispetto dei parametri standrd di cui alle DD.GG.RR. N. 1388/2011 e n. 3008/2012)	Assegnazione di un numero di strutture organizzative (S.C., S.S., P.O. e COORD.) non superiore a quello previsto nella Tab 5 allegata alla DRG n. 3008/2012	a) Δ % S.O. (N. Strutture Organizzative standard - N. Strutture Organizzative assegnate nell'anno 2013);			Allineamento a standrs S.O. >= 99%					AREA GESTIONE PERSONALE
Certificabilità dei bilanci: a) implementazione percorso attuativo di certificabilità (PAC); b) Rispetto della tempistica prevista per le attività individuate dal PAC.	Adeguamento del sistema amministrativo-contabile agli standard organizzativi , contabili e procedurali stabiliti dal PAC, onde consentire la certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie in ottemperanza all'Art. 1, co 291, della L. 266/2005 e dell'art. 11 del Patto per la Salute 2010 - 2012.	1) Adozione regolamenti attuativi (SI / NO);			SI	SI			NO	AREA RISORSE, AREA PATRIMONIO, AREA TECNICA, AREA FARMACEUTICA, FARMACIE OSPEDALIERE, CONTROLLO DI GESTIONE
		2) Adozione manuali delle procedure contabili (SI / NO);			SI	SI			NO	
		3) Predisposizione cronoprogramma di attività (SI / NO)			SI	SI			NO	
Sottoscrizione e rispetto accordi contrattuali con le strutture private accreditate	Sottoscrizione accordi contrattuali e relativa trasmissione al competente Servizio regionaleentro il 31.3.2014, e solo per le Case di Cura entro il 30.04.2014, in conformità allo schema - tipo contrattuale approvato - per singole tipologie di strutture - con DD.GG.RR. n. 887/2012, n. 888/2012, n. 889/2012, n. 1179/2012, n. 1668/2012, n. 1773/2012, con riduzione del 2% dei tetti di spesa aziendali rispetto all'imponibile anno 2011 in adeguamento alla L. 135 /2012, nonché delle ulteriori decurtazioni previste dalla DGR n. 1304/2013.	QUALITATIVO SI / NO			SI	SI			NO	SERVIZIO CONVENZIONI
	2) Corretta applicazione dei criteri fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009 e n. 1500/2010 che prevedono per case di cura, specialistica ambulatoriale e strutture di riabilitazione ex art. 26 una correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato.				SI	SI			NO	
Abbattimento delle liste di attesa	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale individuate con gli accordi di cui alla DGR n. 2336 del 3.12.2013.	Tempo medio di attesa per le prestazioni di cui alla DGR n. 2336/2013 (come risultante dal portale della salute - Cartella "Analisi T.di A.").			<= 60 gg					CUP E STRUTTURE EROGANTI
Sistema Tessera Sanitaria ovvero verifica delle esenzioni ticket per il tramite del Sistema T.S. di cui al D.M. 11.12.2009	Recupero del ticket non corrisposto derivante da autocertificazioni con esito negativo	% di recupero sul totale dell'importo per la spesa specialistica sulle autocertificazioni 2011 (periodo di imposta 2010)			> 40%					DIREZIONI AMMINISTRATIVE E STRUTTURA LEGALE
Mobilità sanitaria interregionale: completezza e correttezza dei dati di mobilità attiva	Diminuzione delle prestazioni contestate nell'anno 2014 (competenza 2013) rispetto alla mobilità anno 2013 (competenza 2012)	Differenza tra le prestazioni contestate contestate nell'anno 2013 (competenza 2012) e le prestazioni contestate nell'anno 2014 (competenza 2013)			> 5%					STRUTTURE EROGANTI
Rispetto accordi di programma sottoscritti per l'utilizzo dei Fondi Comunitari e per gli investimenti ex art. 20 L. 67/1988	Aggiornamento dei flussi informativi nel sistema MIRweb	% Insterimento in MIRweb delle spese sostenute rispetto alle liquidazioni effettuate			> = 90%					AREA GESTIONE TECNICA
Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI)	1) Sistema di contabilità separata per l'ALPI; 2) Svolgimento ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'ALPI di cui all'art. 2, co. 1, lett. b) della L.189/2012; 3) Attuazione adempimenti (sistemi di controllo dei volumi delle prestazioni; tracciabilità dei pagamenti; ridefinizione quote a carico dell'assistito) di cui all'art.2, co. 1, lett. bbis), d) ed e) della L. 189/2012; 4) Realizzazione infrastruttura di rete di cui al D.M.21/2/2013.	Qualitativo SI/NO			SI	SI			NO	UFFICIO ALPI
APPROPRIATEZZA										
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI VERIFICA APPROPRIATEZZA RICOVERI	VERIFICA APPROPRIATEZZA RICOVERI C/O STRUTTURE CONVENZIONATE ED A GESTIONE DIRETTA	% VERIFICHE EFFETTUATE SU TOTALE RICOVERI			RISPETTO DELLE % STABILITE DALLA REGIONE					UVAR
ACCESSIBILITA'										
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	AGENDE PER PRIORITA' / AGENDE TOTALI			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%	CUP AZIENDALE
	SERVIZIO DI RECALL DEI PAZIENTI IN LISTA DI ATTESA E CONSEGUENTE RIPULITURA DELLE AGENDE CON CANCELLAZIONE DEI RINUNCIATARI	N. CONTATTI TELEFONICI EFFETTUATI RILEVATI MENSILMENTE IN UN REPORT DA INVIARE ALLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE								DIREZIONI SANITARIE / CUP AZIENDALE
FORMAZIONE										
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O.			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%	TUTTE LE STRUTTURE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SIAN NORD

OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	FONTI DATI *	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR/7882013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION									
		Piano della Prevenzione	1)OKKIO alla Salute 2014 2)CIPxCIOP	1)OKKIO alla Salute: % di bambini con consenso/bambini arruolati nelle classi campionate: >95% 2)CIPxCIOP: Numero di insegnanti coinvolti nella formazione (almeno 50)	1) OKKIO alla Salute 2012: 98,6% di adesioni di bambini arruolati nelle classi campionate 2) CIPxCIOP: 58 insegnanti coinvolti nella formazione(a fronte dei 50 previsti)	1) OKKIO alla Salute 2014: > 95% dei bambini arruolati nelle classi campionate 2) CIPxCIOP: almeno n. 50 insegnanti coinvolti nella formazione	Registro attività e supporti informatici	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
		Piano Regionale dei Controlli Ufficiali (PRC) e Piano Locale dei Controlli Ufficiali (PLC)	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e analitici) previsti dal PLC in riferimento al PRC	1)Assicurare lo stesso numero di controlli ispettivi rispetto all'anno precedente 2) Effettuare i campioni previsti dal PLC (per numero e tipologia)	1) Effettuati i controlli ispettivi previsti dal PLC 2) Effettuati i campioni previsti dal PLC	1) Assicurare i controlli ispettivi previsti dal PLC in riferimento al PRC. Per quanto attiene agli audit, gli stessi saranno eseguiti solo previa adeguata formazione del personale. 2) Completare la categorizzazione per rischio specifico delle imprese alimentari incluse nella fasce di rischio generico alto 3) Effettuare i campioni previsti dal PLC in riferimento al PRC	Registro attività e supporti informatici	>= 95%	80-95%	61-79%	60%

* indicare il supporto cartaceo o informatico da cui sarà possibile verificare gli indicatori e risultati (es. registri di attività, gestionali ecc)

** per le risorse umane fare riferimento agli standard di personale predisposti dalla Regione ed utilizzati dalla DG per la dotazione organica.
Per il resto indicare strumentazioni già non richieste

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SIAN SUD

OBIETTIVI strategici: Prevenzione Primaria- Sicurezza Alimentare		AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	FONTI DATI *	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
Ex D.G.R. 788/2013	- Piano Nazionale Integrato dei Controlli (PNI) - Piano Regionali dei Controlli Ufficiali sulla Sicurezza alimentare (PRC)-Piano Locale di Controllo (PLC)	Controllo sugli alimenti nelle diverse fasi: dalla produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, al fine di tutelare la salute pubblica, prevenire intossicazioni / tossicazioni alimentari , riduzione del rischio di uso di sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine vegetale	Formula: (N°. Prelievi effettuati / N°. Prelievi programmati) X 100	Piano Campionamenti	DGR 928/13; D.D.128/14: Realizzare quanto programmato nel Piano Locale dei Controlli Ufficiali (PLC)	N.1 Direttore ; -N°. 6 Dirigenti Medici; -N°.6 Tecnici della prevenzione (TT.d.P.) più N°.1 incardinato nell'UOS Acque potabili; - N°.2 dietisti; - N°.1 infermiera; - N°. 0 Amministrativi; - N°. 0 Coordinatore dei TT.d.P.	Report attività su materiale cartaceo e su supporto informatico	> 95%	70%-95%	< 50 %
				Normative applicate : Normative applicate : DRG 928/2013 Tutti i prelievi campioni programmati per l'anno di riferimento sono stati evasi al = 100 %						
	Formula: (N°. Ispezioni effettuate / N°. Ispezioni programmate) X 100	Piano Controllo Ispettivo Il Piano campioni programmato per l'anno diriferimento è stato realizzato al 100 %	Visto lo storico: 1) si prevedono: totale N°.372 interventi ; 2) Completare la categorizzazione per il rischio specifico delle imprese alimentari incluse nella fascia di rischio specifico alto							
		Formula : Tutte le richieste sono state evase al 100%	-N°10 Corsi di formazione per il rilascio dei patentini; -N°. 5 Corsi per OSA sulla celiachia							
Progetto Ministeriale - CCM: Giovani con comportamento a rischio per la salute	Attività di Formazione / informazione nelle Scuole		Tutte le richieste sono state evale al 100%	-Attività d'Informazione presso Ist. Profess. Tricase di : -N°. 17 Classi x un totale di n°. 425 Studenti; - N°. 51 Docenti (I e II Classi) -Corsi di formazione per n°. 65 Studenti						
Progetto regionale: SBAM	Attività di Formazione / Informazione nelle Scuole	Formula: (N°. corsi effettuati / N°. corsi programmati) X 100	Attività di informazione su n°. 1196 alunni.	Attività di formazione x docenti; Laboratorio del gusto -8						
Progetto Ministeriale. Okkio alla salute	Incontri Informazione / formazione con Dirigenti scolastici e referenti alla salute;			-Rilevazione antropometrica nelle n°. 4 Classi Scuola Elementari e						

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SIAV A NORD											
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	FONTI DATI *	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR/7882013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION									
	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza		(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%	100%	Informatici	100%	95-100%		<95%
	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie		(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%	100%	Informatici	100%	95-100%		<95%
	ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina		(aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	3%	3%	Informatici	3%	2,7-3%		<2.7%

* indicare il supporto cartaceo o informatico da cui sarà possibile verificare gli indicatori e risultati (es. registri di attività, gestionali ecc)

** per le risorse umane fare riferimento agli standard di personale predisposti dalla Regione ed utilizzati dalla DG per la dotazione organica. Per il resto indicare strumentazioni già non richieste

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SIAV A SUD

OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	FONTI DATI *	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR/7882013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION									
	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza		(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%	100,00%	Unico informatico	100%	95-100%		<95%
	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI oviscaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di riconrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie		(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%	100,00%	Unico informatico	100%	95-100%		<95%
	ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende oviscaprine controllate (3%) per anagrafe oviscaprina + 100% degli allevamenti infetti e/o con acquisizione in corso della qualifica di ufficialmente indenne .		(aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%	100% degli allevamenti infetti + 3% degli allevamenti ufficialmente indenni	Unico informatico	100% degli allevamenti infetti + 3% degli allevamenti ufficialmente indenni	100% degli allevamenti infetti + 2,7% - 3% degli allevamenti ufficialmente indenni		100% degli allevamenti infetti + < 2,7% degli allevamenti ufficialmente indenni

* indicare il supporto cartaceo o informatico da cui sarà possibile verificare gli indicatori e risultati (es. registri di attività, gestionali ecc)

** per le risorse umane fare riferimento agli standard di personale predisposti dalla Regione ed utilizzati dalla DG per la dotazione organica. Per il resto indicare strumentazioni già non

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SIAV B NORD												
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014 CON MANTENIMENTO RISORSE	RISULTATI ATTESI 2014				FONTI DATI *	RISORSE STRUMENTALI E UMANE**
DGR/7882013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION					valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0		11 Auto.3 Frigo Portatili Obsoleti. 3 computer portatili x macello carenza attrezzatura necessaria per svolgere attività di
sanità veterinaria	Prevenzione Salute degli alimenti	Contaminazione degli Alimenti	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci,sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro negli residui alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	Percentuale di attuazione del Piano Nazionale Residui finalizzato alla ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	Campioni previsti : 58 Campioni Effettuati: 58 Percentuale 100%	Campioni previsti:42 Risultati attesi 42 Perc. Attesa100%	100%	95%-100%		<95%	Flussi rendicontati su modelli Regionali A B Summa	
		Controllo sanitario nelle attività registrate	Programmazione ed esecuzione dei controlli e dei campionamenti previsti dal PRC	Percentuale di controlli ufficiali e campionamenti nelle attività registrate ai sensi del regolamento CE 852/04 65% M 30% B	Campioni Previsti 100 - Campioni Effettuati:100 Percentuale 100%	Campioni Previsti :100 risultati attesi 100 Perc. Attesa 100%	100%	95%-100%		<95%		
					Strutture alto rischio: 7% Medio rschio: 65% Basso rischio.30% Percentuale 100%	Controlli c/o strutture alto rischi:12% Medio rischio:68%, Basso rischio:35%	95%- 100%	90% -95%		<90%		
		Controllo sanitario nelle strutture riconosciute ai sensi del regolamento ce 853/04	Riprogrammazione ed Effettuazione dei controlli ufficiali previsti dai regolamenti comunitari 853/04,854/04,882/04 nelle strutture riconosciute per la produzione di alimenti di origine animali.Previa adeguata formazione del Personale	Percentuale dei controlli ufficiali e campionamenti previsti dal PRC per 2013 -7 -10%	Campioni previsti.202 Campioni Effettuati 202 Percentuale 100%	Campioni previsti: 157 Risultati Attesi 157 Percentuale attesa 80%(in produzione considerata l'incertezza del reperimento della matrice da campionare non si può indicare il 100%)	100%	98% -100%	95%-98%	<95%		
					Percentuale Prevista 10% risultato 23%	Percentuale prevista >=30%. Alto Rischio audit 100% ispezioni 100%-	>= 98% -100%	>=96 % -97%	>=95%-96%	<95		
			Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli.	Percentuale di effettuazione dei campionamenti previsti dal Ministero e Regione	rispettata		>=95%	80-90%	61 - 79%	60%		
			Esecuzione controlli su Scambi Intracomunitari ai sensi D.M.18/Feb./1993	Attivazione punti di riscontro quotidianodel sistema informatico Traces di partite animali e di alimenti di O.A. in transito da e per il territorio Regionale.	Controlli Ufficiali su Disposizione UVAC 60	Dare piena esecuzione al programma dei controlli disposti da UVAC	98%-100%	95%-97%		<95%		
		Piano della Prevenzione	Dall'animale all'alimento:conoscere per valorizzare ePrevenire. Lo studente di oggi, il consumatore consapevole di domani.	% Grado manifestazione interesse ed adesioneal progetto	Ideato e Progettato		Percentuale Adesione Scuole previa visione catalogo Progetto >=80%	65 -79 %	61 -78%	60%		

* indicare il supporto cartaceo o informatico da cui sarà possibile verificare gli indicatori e risultati (es. registri di attività, gestionali ecc)

** per le risorse umane fare riferimento agli standard di personale predisposti dalla Regione ed utilizzati dalla DG per la dotazione organica. Per il resto indicare strumentazioni già non richieste

Completa carenza di personale amministrativo (i due amministrativi che risultano in dotazione organica sono ad attività limitata) per cui se ne richiede l'integrazione.

Per quanto attiene l'organico si fa esplicito riferimento a quello rinveniente dall'applicazione dei parametri regionali in corso di predisposizione a livello aziendale (non è dato sapere se siano stati già trasmessi alla Regione).

Tale riferimento non è stato ritenuto possibile dai Direttori dei Servizi Veterinari Area B, con riferimento alla drastica riduzione del numero dei Dirigenti Veterinari previsti a loro avviso per erronea applicazione dei parametri rispetto ai reali indicatori forniti

Kit campionamento ambientale solidi e liquidi

Tre autovetture

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SIAV B SUD

OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR. 788-2013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION								
sanità veterinaria	Prevenzione e Salubrità degli alimenti	Contaminazione degli Alimenti	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro negl residui alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	Percentuale di attuazione del Piano Nazionale Residui finalizzato alla ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	Campioni previsti: 48 Campioni effettuati: 48 Percentuale: 100%	Campioni previsti: 43 Risultati attesi: 43 Perc. attesa: 100%	100%	95%-100%		< 95%
		Controllo sanitario nelle attività registrate	Effettuazione dei controlli e dei campionamenti previsti dal PRC	Percentuale di controlli ufficiali e campionamenti nelle attività registrate ai sensi del regolamento CE 852/04	Campioni previsti: 100 Camp. effettuati: 100 Percentuale: 100%	Campioni previsti: 135 Risultati attesi: 135 Perc. attesa: 100%	100%	95%-100%		< 95%
					Strutture alto rischio: 9 Medio rischio: 2749 Basso rischio: 305	Alto rischio: ispezioni 100%, audit 7%-10 % Medio rischio: ispezioni 65% Basso rischio: ispezioni 30%	95% - 100%	90% - 95%		< 90%
		Controllo sanitario nelle strutture riconosciute ai sensi del regolamento CE 853/04	Effettuazione dei controlli ufficiali previsti dai regolamenti comunitari 853/04, 854/04, 882/04 nelle strutture riconosciute per la produzione di alimenti di origine animali	Percentuale dei controlli ufficiali e campionamenti previsti dal PRC	Campioni previsti: 197 Camp. effettuati: 250 Percentuale: 127%	Campioni previsti: 179 Risultati attesi: 179 Perc. attesa: 100%	100%	95%-100%		< 95%
					Strutture alto rischio: 9 Medio rischio: 2749 Basso rischio: 305	Alto rischio: audit: 100%, ispezioni: 100% Medio rischio: audit: 30%, ispezioni: 100% Basso rischio: audit: 20%, ispezioni: 100%	95% - 100%	90% - 95%		< 90%
			Piano di sorveglianza per TSE degli ovi-caprini nei macelli	Percentuale di effettuazione dei campionamenti previsti dal Ministero e Regione	Campioni previsti: 75 Campioni effettuati: 85 Percentuale: 113%	Campioni previsti: 75 Risultati attesi: 75 Perc. attesa: 100%	100%	95%-100%		< 95%
			Piano di monitoraggio sulla contaminazione delle carni da spollo da tessuto cerebrale	Percentuale dei campionamenti previsti dal Ministero	Campioni previsti: 30 Campioni effettuati: 30 Percentuale: 100%	Campioni previsti: 30 Risultati attesi: 30 Perc. attesa: 100%	100%	95%-100%		< 95%

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SIAV C NORD

OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014 ISORISORSE	FONTI DATI *	Valore normale 9	Scost. minimo 6	Scost. rilevante ma in miglioramento 3	Scost. non accettabile 0
DGR/7882 013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION									
	n°6 (prevenzione) punto 6.1 - CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal PNR	NOTA MIN. SALUTE prot. n. DGISAN 50298 del 12.12.2013- Trasmissione PNR alle regioni; NOTA AOO_152 /1787 del 11.02.2014 : DGR n. 928 del 13.05.2013 - PRC 2014 - Trasmissione Piano Regionale Ricerca Residui per l'anno 2014	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Nord) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100% PLC sezione 6.D.1 e 6.D.2	Effettuati i campioni previsti dal Programma Regionale	Effettuare i campioni previsti dal PLC in riferimento al PRC	Verbali campionamento, Registro attività e supporti informatici in corso di adozione - da implementare periodicamente-	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
		NOTA MIN. SALUTE prot. n. DGISAN 21822-P del 12.12.2011 + ADDENDUM 1/2013 di cui alla nota prot. n. 10873-P del 28/05/2013 : Trasmissione PNAA 2012-2013- 2014; NOTA AOO_152 /688 del 16.01.2014 CON OGGETTO : PRC 2014 - Trasmissione Piano Regionale per l'Anno 2014 del PNAA 2012 - 2014.	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Nord) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare le Ispezioni ed i campioni previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dal programma Regionale	Effettuare gli interventi ispettivi in forma prodromica rispetto ai campioni previsti dal PLC (in riferimento al PRC) come da istanza procedurale prevista da Addendum 1/2013 e da Osservazione n° 2 Rapporto definitivo Audit di settore rif. 04/2013 (committente Dirigente Servizio PATP) del 05.12.2013 prot. regione Puglia n. 3961 del 01.04.2014	Verbali/Checklist ispezione, varbali campionamento, Registro attività e supporti informatici in corso di adozione - da implementare periodicamente-	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
		LINEE GUIDA MINISTERIALI PROT. N. 0001466 - P- 26/01/2012 (Linee Guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari) E NOTA REGIONALE prot. N. 2990 del 27.02.2012: piano di Farmacosorveglianza regionale.	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Nord) in riferimento a Programmazione regionale ed alle dotazioni di risorse umane e strumentali attualmente disponibili	Effettuare i controlli ufficiali previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100% PLC sezione 6.A.1 ;6.A.3 ; 6.A.4 ; 6.A.5; 6.A.6 ;6.A.8		Effettuare i controlli ufficiali previsti dal PLC in riferimento al PRC	Checklist di controllo, Registro attività e supporti informatici in corso di adozione -da implementare periodicamente-	>= 95% (rispetto al programma to in PLC)	80-95% (rispetto al program mato in PLC)	61-79% (rispetto al programmato in PLC)	60% (rispetto al programmato in PLC)

* indicare il supporto cartaceo o informatico da cui sarà possibile verificare gli indicatori e risultati (es. registri di attività, gestionali ecc)
** per le risorse umane fare riferimento agli standard di personale predisposti dalla Regione ed utilizzati dalla DG per la dotazione organica. Per il resto indicare
strumentazioni già non richieste

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SIAV C SUD											
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014 ISORISORSE UMANE ***	FONTI DATI *	Valore normale 9	Scost. minimo 6	Scost. rilevante ma in miglioramento 3	Scost. non accettabile 0
DGR/788 2013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION									
	n°6 (prevenzione) punto 6.1 - CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal PNR	Piano Nazionale Alimentazione Animale	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali	Effettuare i campioni e tutte le attività di controllo (vigilanza ed eventualmente audit) previsti dal PLC	Verbalì campionamento, Registro attività e supporti informatici in corso di adozione -da implementare periodicamente-	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
		Piano Nazionale Residui	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali	Effettuare i campioni e tutte le attività di controllo (vigilanza ed eventualmente audit) previsti dal PLC	Verbalì/Checklist ispezione, verbalì campionamento, Registro attività e supporti informatici in corso di adozione -da implementare periodicamente-	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
		Piano Benessere Animale	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale ed alle dotazioni di risorse umane e strumentali attualmente disponibili	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali	Effettuare i controlli ufficiali previsti dal PLC in riferimento al PRC	Checklist di controllo, Registro attività e supporti informatici in corso di adozione -da implementare periodicamente-	>= 95% (rispetto al programmato in PLC)	80-95% (rispetto al programmato in PLC)	61-79% (rispetto al programmato in PLC)	60% (rispetto al programmato in PLC)
		Piano Regionale Controlli – Piano Locale Controlli	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali	Effettuare i campioni e tutte le attività di controllo (vigilanza ed eventualmente audit) previsti dal PLC	Checklist di controllo, Registro attività e supporti informatici in corso di adozione -da implementare periodicamente-	>= 95% (rispetto al programmato in PLC)	80-95%	61-79%	60,00%
		Piano Farmacosorveglianza Regionale	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali	Effettuare i campioni e tutte le attività di controllo (vigilanza ed eventualmente audit) previsti dal PLC	Checklist di controllo, Registro attività e supporti informatici in corso di adozione -da implementare periodicamente-	>= 95% (rispetto al programmato in PLC)	80-95%	61-79%	60,00%

* indicare il supporto cartaceo o informatico da cui sarà possibile verificare gli indicatori e risultati (es. registri di attività, gestionali ecc)

** per le risorse umane si fa riferimento all'attuale dotazione organica

*** gli obiettivi potranno essere raggiunti a condizione che venga assicurata la dotazione delle attrezzature e della strumentazione idonea all'esecuzione delle attività di vigilanza e

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SIAV C SUD									
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2014 CON RISORSE AGGIUNTIVE ***	FONTE DATI *	RISORSE STRUMENTALI E UMANE**
DGR/7882013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION							
		Piano Nazionale Alimentazione Animale 28 campioni	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	100% di esecuzione dei campionamenti previsti	100,00%		100,00%		Direttore del Servizio: n.1
		Piano Nazionale Residui 11 campioni	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	100% di esecuzione dei campionamenti previsti	100,00%		100,00%		Dirigenti Veterinari: n. 3;
		Piano Benessere Animale 31 campioni	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	80% di esecuzione dei campionamenti previsti	100,00%		100,00%		Veterinari Medicina Specialistica: n.3
		PLC 60 controlli	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	100% di esecuzione dei campionamenti previsti	100,00%		100,00%		Tecnici della Prevenzione: n.7;
		Piano di monitoraggio sulle produzioni primarie negli allevamenti 290 controlli	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	70% di esecuzione dei controlli previsti	55,00%		100,00%		
		Farmacosorveglianza 120 controlli	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	65% di esecuzione dei controlli previsti	60,00%		100,00%		
		Categorizzazione del rischio delle attività di competenza 60 controlli	Programmazione delle attività di controllo e comp. Check list	70% di esecuzione dei controlli previsti	65,00%		100,00%		

* Indicare il supporto cartaceo o informatico da cui sarà possibile verificare gli indicatori e risultati (es. registri di attività, gestionali ecc)

** per le risorse umane si fa riferimento all'attuale dotazione organica

*** gli obiettivi saranno raggiunti a condizione che venga assicurato l'incremento del personale ispettivo e veterinario secondo gli standard previsti dalla Regione Puglia e a condizione che il servizio venga dotato dell'attrezzatura e del materiale occorrente per l'esecuzione dei piani di campionamento così come richiesti già nei Piani Investimenti sia 2013 che 2014 e non ancora evasi.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SISP NORD

OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2014 CON RISORSE AGGIUNTIVE	FONTI DATI *	RISORSE STRUMENTALI E UMANE**	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR/788/2013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION											
	si	Piano della Prevenzione	Attuazione Nuovo calendario vaccinale regionale	copertura vaccinale nuovi nati a 24 mesi per ciclo completo per anti-diftotetanica, Hib, HBV, polio, Pert.	95%	90%	95%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)	come da pianta organica.	95%	90-95%	85-90%	70%
	si			copertura vaccinale nuovi nati a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	89%	85%	93%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	60%
	si			copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (<u>></u> 65anni)	57%	60%	63%	registrazione su portale SINCON o cartacea		75%	60-75%	59-60%	55%
si				Copertura vaccinale anti HPV nelle dodicenni(coorte 2002)	55%	60%	65%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		80%	70-80%	60-70%	50%
si				Copertura vaccinale anti HPV nelle diciottenni (coorte 1995)	58%	60%	50%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		70%	60-70%	50-60%	35%
si				Copertura vaccinale anti-pneumococcica a 24 mesi (coorte 2011)	95%	90%	95%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	90-95%	85-90%	70%
si				Copertura vaccinale anti-pneumococcica nelle coorti 1938- 1943-1948 2011	11%	15%	20%	registrazione su portale SINCON		60%	45-60	40-45	15%
si				Copertura vaccinale anti-meningococcoC a 24 mesi (coorte 2011)	84%	80%	85%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	60%
si				Copertura vaccinale anti-meningococco negli adolescenti(coorte 1998)	85%	80%	85%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	60%
si				Copertura vaccinale anti MPRV a 24 mesi(coorte 2011)	88%	80%	90%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	70%

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SISP NORD

OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2014 CON RISORSE AGGIUNTIVE	FONTI DATI *	RISORSE STRUMENTALI E UMANE**	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR/788/2013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION											
si				Copertura vaccinale anti MPRV a 5-6 anni (coorte 2006)	78%	70%	80%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	70%
si				Copertura vaccinale anti MPRVnegli adolescenti(1998)	33%	35%	45%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	80-95%	70-80%	50%
si				Copertura vaccinale anti-epatite A a 24 mesi (coorte 2001)	82%	75%	80%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		80%	70-80%	60-70%	50%
si				Copertura vaccinale anti-epatite A negli adolescenti (coorte 1998)	90%	80%	80%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		80,00%	70-80%	60-70%	50%
		Sistema regionale di sorveglianza e controllo della legionellosi DGR 2261/12	Attuazione del Programma regionale di sorveglianza e controllo della legionellosi nelle strutture turistico ricettive	% di campionamenti effettuati presso strutture turistico- ricettive rispetto a quelli previsti dal piano regionale	100%	50%	100%	verbali di campionamento e report finale		100%	80-90%	60-80%	50%
		L.R. 8/2004	verifica schede budget strutture sanitarie ambulatoriali accreditate	% di strutture sanitarie ambulatoriali accreditate controllate	0	10%	10%	verbali di verifica		10%			
		Flussi informativi regionali	Applicazione del sistema regionale EDOTTO	inserimento schede ISTAT entro 45 giorni	60%	80%	100%	edotto mortalità		100%	90-100%	80-90%	70%
				inserimento malattie infettive entro una settimana (salvo classe I)	100%	90%	100%	edotto malattie infettive		100%	90-100%	80-90%	70%

* indicare il supporto cartaceo o informatico da cui sarà possibile verificare gli indicatori e risultati (es. registri di attività, gestionali ecc)

** per le risorse umane fare riferimento agli standard di personale predisposti dalla Regione ed utilizzati dalla DG per la dotazione organica. Per il resto indicare

note:

1-il mantenimento delle attuali coperture vaccinali per il 2014 è reso difficile dalle campagne antivaccinali , oltre che dalle risorse disponibili in rapporto all' incremento delle attività previste dal nuovo calendario vaccinale

2- la riduzione della % dei campionamenti per il controllo della legionella nelle strutture turistiche prevista per il 2014 è legata al notevole aumento dei campioni assegnati a questo servizio ed alla riduzione dei TdP

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SISP SUD

OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2014 CON RISORSE AGGIUNTIVE	FONTI DATI *	RISORSE STRUMENTALI E UMANE**	Valore normale 9	Scostame nto minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR/788/2013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION											
	si	Piano della Prevenzione	Attuazione Nuovo calendario vaccinale regionale	copertura vaccinale nuovi nati a 24 mesi per ciclo completo per anti-diftotetanica, Hib,HBV,olio,Pert.	95%	90%	95%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)	come da pianta organica.	95%	90-95%	85-90%	70%
	si			copertura vaccinale nuovi nati a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	89%	85%	93%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	60%
	si			copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (\geq 65anni)	57%	60%	63%	registrazione su portale SINCON o cartacea		75%	60-75%	59-60%	55%
si				Copertura vaccinale anti HPV nelle dodicenni(coorte 2002)	55%	60%	65%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		80%	70-80%	60-70%	50%
si				Copertura vaccinale anti HPV nelle diciottenni (coorte 1995)	58%	60%	50%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		70%	60-70%	50-60%	35%
si				Copertura vaccinale anti-pneumococcica a 24 mesi (coorte 2011)	95%	90%	95%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	90-95%	85-90%	70%
si				Copertura vaccinale anti-pneumococcica nelle coorti 1938-1943- 1948 2011	11%	15%	20%	registrazione su portale SINCON		60%	45-60	40-45	15%
si				Copertura vaccinale anti-meningococcoC a 24 mesi (coorte 2011)	84%	80%	85%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	60%
si				Copertura vaccinale anti-meningococco negli adolescenti(coorte 1998)	85%	80%	85%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	60%
si				Copertura vaccinale anti MPRV a 24 mesi(coorte 2011)	88%	80%	90%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	70%

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SISP SUD													
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2014 CON RISORSE AGGIUNTIVE	FONTI DATI *	RISORSE STRUMENTALI E UMANE**	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR/788/2013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION											
si				Copertura vaccinale anti MPRV a 5-6 anni (coorte 2006)	78%	70%	80%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	85-95%	79-85%	70%
si				Copertura vaccinale anti MPRVnegli adolescenti(1998)	33%	35%	45%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		95%	80-95%	70-80%	50%
si				Copertura vaccinale anti-epatite A a 24 mesi (coorte 2001)	82%	75%	80%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		80%	70-80%	60-70%	50%
si				Copertura vaccinale anti-epatite A negli adolescenti (coorte 1998)	90%	80%	80%	Applicativo GIAVA (EDOTTO)		80%	70-80%	60-70%	50%
		Sistema regionale di sorveglianza e controllo della legionellosi DGR 2261/12	Attuazione del Programma regionale di sorveglianza e controllo della legionellosi nelle strutture turistico ricettive	% di campionamenti effettuati presso strutture turistico-ricettive rispetto a quelli previsti dal piano regionale	100%	50%	100%	verbali di campionamento e report finale		100%	80-90%	60-80%	50%
		L.R. 8/2004	verifica schede budget strutture sanitarie ambulatoriali accreditate	% di strutture sanitarie ambulatoriali accreditate controllate	0%	10%	10%	verbali di verifica		10%			
		Flussi informativi regionali	Applicazione del sistema regionale EDOTTO	inserimento schede ISTAT entro 45 giorni	60%	80%	100%	edotto mortalità		100%	90-100%	80-90%	70%
				inserimento malattie infettive entro una settimana (salvo classe I)	100%	90%	100%	edotto malattie infettive		100%	90-100%	80-90%	70%

* indicare il supporto cartaceo o informatico da cui sarà possibile verificare gli indicatori e risultati (es. registri di attività, gestionali ecc)

** per le risorse umane fare riferimento agli standard di personale predisposti dalla Regione ed utilizzati dalla DG per la dotazione organica. Per il resto indicare strumentazioni già

note:

1-il mantenimento delle attuali coperture vaccinali per il 2014 è reso difficile dalle campagne antivaccinali , oltre che dalle risorse disponibili in rapporto all' incremento delle attività previste dal nuovo calendario vaccinale

2- la riduzione della % dei campionamenti per il controllo della legionella nelle strutture turistiche prevista per il 2014 è legata al notevole aumento dei campioni assegnati a questo servizio ed alla riduzione dei TdP

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SPESAL NORD										
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI - TARGET	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014 AD ISORISORSE	FONTI DATI *	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR/7882013	GRIGLIA LEA MIN									
Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro		Vigilanza attività produttive	Unità locali controllate su censite - > 5%	5%	6%	Registri cartacei e gestionali informatici per NIP	100%-95%	94%-90%	89%-80%	<80 %
Altri obiettivi regionali e nazionali										
	Riduzione incidenza infortuni	Ispezioni per:	N° U. Ispezionate			Registri cartacei	100%-95%	94%-90%	89%-90%	< 80%
		Infortuni	Inchieste infortuni Procura 100%	36	100%					
		Iniziativa	Edilizia 6% (*)	8% (167/1950)	6%					
			Agricoltura (300 Regione)	30 unità locali	34 Unità locali					
		Reach	Aziende rischio agenti chimici	40 Unità locali	50 Unità locali					
	Riduzione incidenza Malattie Professionali	Prevenzione:	Prevenzione:	Prevenzione:	Prevenzione:	Software Gestionale referente Unico-Banca dati nazionale MAL PROF - Registri cartacei	100%-95%	94%-90%	89%-80%	<80%
		a) Pareri preventivi (art. 10 DPR 160/2010; art. 67 D.Lgs. 81/08; a.1) NIP; a.2) Agibilità	a) N° Pareri /agibilità 100%	a) Pareri Preventivi a.1)N° 481 a.2) Agibilità N° 202	a) 100% delle richieste					
		b) Malattie professionali:	b) Malattie professionali:	b) Malattie professionali:	b) Malattie professionali:					
		b.1) Inchieste Procura	b.1)N° Inchieste Procura 100% -	b.1) Inchieste Malattie Professionali n.25	b.1) 100% delle richieste					
		b.2) Banca dati MAL Prof.	b.2)Banca dati Mal Prof.n. casi	b.2) n casi MALPROF N° 34	b.2) n. casi MALPROF 60					
		c) Accertamenti sanitari:	c) Accertamenti sanitari:	c) Accertamenti sanitari:	c) Accertamenti sanitari:					
		c.1) Visite per idoneità	c.1) Visite per idoneità	c.1) Visite per idoneità n.737	c) 100% delle richieste					
		c.2) ricorsi ex art. 41	c.2) ricorsi ex art. 41: 100%	c.2) ricorsi ex art. 41: n.11						
	Formazione per D.L., RSPP, Lavoratori, RLS, Coordinatori	Corsi di Formazione	Corsi di Formazione	Corsi di Formazione	Corsi di Formazione	Registri cartacei Attestati rilasciati	100%-95%	94%-90%	89%-80%	<80%
		N° Ore	N° Ore	N° Ore 450	100% delle ore richieste					
		N° persone formate	N° persone formate	Persone Formate 1700	100% delle persone di cui è richiesta la formazione					

(*) Percentuale cantieri ispezionati su quelli notificati nell'anno a livello provinciale. Target = 22% insieme a DT = 12% ASL diviso in 6% per Area Nord

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SPESAL SUD											
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI - TARGET	RISULTATI 2013	RISULTATI ATTESI 2014 AD ISORISORSE	FONTI DATI *	Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
DGR/7882013	GRIGLIA LEA MIN SALUTE 2012	OBIETTIVI STRATEGICI DISP NAZ E REGION									
Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro	Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro		Vigilanza attività produttive	Unità locali controllate su censite - > 5%	4,60%	6,00%	Registri cartacei	100%-95%	94%-90%	89%-80%	<80 %
	Altri obiettivi regionali e nazionali										
	Riduzione incidenza infortuni		Ispezioni per:	N° U. Ispezionate	Inchieste infortuni n. 62	100,00%	Registri cartacei	100%-90%	89%-85%	84%-80%	< 80%
			Infortuni	Procura 100%							
			Iniziativa	Edilizia 6% (*)	12% (216/1889)	10,00%	Registri cartacei				
				Agricoltura	21 unità locali	15 Unità locali	Registri cartacei				
			Reach	Aziende rischio agenti chimici							
	Riduzione incidenza Malattie Professionali		Prevenzione:				Registri cartacei	100%-90%	89%-85%	84%-80%	<80%
			a) Pareri preventivi (art. 10 DPR 160/2010; art. 67 D.Lgs. 81/08; NIP; Agibilità	a) N° Pareri 100%	a) Pareri Preventivi N° 202 Con sopralluoghi N° 41	a) 100% delle richieste					
			b) Malattie professionali: - inchieste Procura - pratiche banca dati MAL Prof.	b.1)N° Inchieste Procura 100% -	b.1) Inchieste Malattie Professionali n.12	b.1) 100% delle richieste					
				b.2)Banca dati Mal Prof.n. casi	b.2) n casi MALPROF N°	b.2) n. casi MALPROF					
			c) Accertamenti sanitari: Visite per idoneità ricorsi ex art. 41	C.1) N° Visite mediche e ricorsi ex art. 41 100%	c) Visite per idoneità e ricorsi art. 41 N. 203	c) 100% delle richieste					
	Formazione		Corsi di Formazione per D.L., RSPP, Lavoratori, RLS, Coordinatori N° Ore N° persone formate	N° Ore	N° Ore 90	N° 90	Registri cartacei	100%-90%	89%-85%	84%-80%	<80%
				N° persone formate	Persone Formate 120	Persone Formate 120	Registri cartacei				

(*) Percentuale cantieri ispezionati su quelli notificati nell'annoTarget 22% insieme a DT = 12% ASL e 6% Area Nord