

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
ALT002	Definizione Nel Corso Dell'Anno Di Un Correttivo Per Ogni Evento Sentinella Verificatosi	1 Correttivo Per Ciascun Evento Sentinella	1)Val. Pessima Numero Protocolli < N. Eventi Sentinella; Riconoscimento 0% Del Peso Previsto 2) Val. Ottima Numero Protocolli = Numero Eventi Sentinella . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Protocollo Con Cui È Stato Proposto Il Correttivo	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - ALT002	ALT002	1 Correttivo Per Ciascun Evento Sentinella	1 Correttivo Per Ciascun Evento Sentinella	1
ALT004	Alimentazione Di Un Sistema Informativo Finalizzato A Monitorare L'Attività Formativa Di Ciascun Dipendente A Tempo Indeterminato, Indicando L'Elenco Dei Corsi Effettuati / Autorizzati (Interni Ed Esterni) Indicando Per Ciascun Dipendente La Partecipazione Ai Suddetti Corsi.	Realizzazione Del Db Corsi	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 3) Val. Ottima, Report Elaborato Con Tutti I Corsi Effettuati E Tutto Il Personale Partecipante Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Alimentazione Del Sistema Informativo	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Alt004	ALT004	Realizzazione Del Db Corsi	Realizzazione Del Db Corsi	1
ALT005	Definizione Del Piano Di Formazione Annuale	Elaborazione Nei Termini Del Piano Di Formazione Annuale	1)Val. Pessima Nessun Piano Predisposto O Predisposizione Del Piano Oltre I Termini Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Ottima Predisposizione Del Piano Entro Il Termine Previsto Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Predisposizione E Trasmissione Alla Direzione Della Proposta Di Piano Formativo Entro I Termini Di Scadenza Previsti Dalla Normativa Vigente.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Elaborazione Nei Termini Del Piano Di Formazione Annuale	Elaborazione Nei Termini Del Piano Di Formazione Annuale	1
ALT007	Sviluppare Attività Di Promozione Alla Donazione Del Sangue Con Associazioni, Scuole, Ecc.	Almeno 6 Incontri	1)Val. Pessima Meno Di 3 Incontri Documentati Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 3 E 6 Incontri Documentati Riconoscimento 75% 3) Oltre 6 Incontri Documentati. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Incontri Documentati	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Almeno 6 Incontri	Almeno 6 Incontri	2
ALT009	Promozione E Sensibilizzazione Sui Pericoli Connessi Alla Patologia Del Gioco	Almeno 4 Incontri	1)Val. Pessima Meno Di 3 Incontri Documentati Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 3 E 4 Incontri Documentati Riconoscimento 75% 3) Oltre 4 Incontri Documentati. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto. L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Al 100% Ove Si Dimostri Di Aver Coinvolto Almeno 15 Istituti Scolastici Che Non Hanno Manifestato Il Proprio Interesse.	Numero Di Incontri Documentati Presso Scuole E/O Associazioni	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Almeno 4 Incontri	Almeno 4 Incontri	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
ALT010	Aggiornamento Casistica Registro Tumori Secondo Programmazione Cts (Si/No)	Aggiornamento Casistica Registro Tumori	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Report Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Aggiornamenti A Casi Incidenti Aggiornato All'Anno Successivo A Quanto Previsto Negli Obiettivi Di Budget Anno Precedente	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Aggiornamento Casistica Registro Tumori	Aggiornamento Casistica Registro Tumori	1
ALT011	Produzione Di Un Report Sulla Natalità Aggiornato All'Anno Successivo A Quanto Previsto Negli Obiettivi Di Budget Anno Precedente	Produzione Di Un Report Sulla Natalità	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Report Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Trasmissione Del Documento Alla Direzione Strategica	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Produzione Di Un Report Sulla Natalità	Produzione Di Un Report Sulla Natalità	1
ALT012	Aggiornamento Casistica Registro Mortalità Programmazione Cts (Si/No)	Aggiornamento Casistica Registro Mortalità	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Report Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Aggiornamenti A Casi Incidenti Anno Successivo A Quanto Previsto Negli Obiettivi Di Budget Anno Precedente	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Aggiornamento Casistica Registro Mortalità	Aggiornamento Casistica Registro Mortalità	1
ALT013	Predisporre E Trasmettere Alla Direzione Strategica Una Relazione Sullo Stato Di Salute Della Popolazione Che Attraverso Appropriati Indicatori Statistico-Epidemiologici Descriva Il Profilo Di Salute Della Popolazione In Termini Di Morbilità Ed Ospedalizzazione, Con Una Contestualizzazione Demografica, Considerando Anche Gli Indicatori Statistici Ed Epidemiologici Del Mes.	Elaborazione Report Stato Salute	1)Val. Pessima Assenza Di Relazione Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Invio Relazione Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Implementare Il Report Annuale Sullo Stato Di Salute Degli Assistiti Asl Bt Che Tenga Conto Anche Degli Indicatori Mes	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Elaborazione Report Stato Salute	Elaborazione Report Stato Salute	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
ALT014	Monitoraggio Quadrimestrale Screening	Monitoraggio Quadrimestrale Andamento Screening	1)Val. Pessima. Invi inferiori A Quanto Previsto Al Successivo Punto 2 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona. Invio Delle 3 Relazioni Con Un Ritardo Non Superiore A 60 Gg Riconoscimento 85% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Invio Delle 3 Relazioni Con Un Ritardo Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Relazione Da Trasmettere Alla Direzione Strategica Entro La Fine Di Ciascun Quadrimestre, Sullo Stato Di Avanzamento Delle Attività Di Screening, Con Indicazione Per Ciascuna Unita Operativa Coinvolta Del Numero Di Prestazioni Richieste Dall'Inizio Dell'Anno E Numero Di Prestazioni Eseguite	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Monitoraggio Quadrimestrale Andamento Screening	Monitoraggio Quadrimestrale Andamento Screening	1
ALT015	Attraverso I Dati Informativi Dell'Area Gestione Ricoveri Di Edotto Gestionale Valutare Incidenza/Prevalenza Della Mortalità Intraospedaliera Per Patologie Oncologiche	Elaborazione Report Mortalità Intraospedaliera	1 Report Anuale Trasmesso (Obiettivo Raggiunto; 100%); 2 Nessun Report Trasmesso (Obiettivo Non Raggiunto; 0%).	Trasmettere Report Annuale Sulla Mortalità Intraospedaliera Dei Pazienti Ricoverati E Degli Assisti Asl Bt (Classi Di Età, Genere, Residenza) Dall'Analisi Delle Sdo Correlate Alle Patologie Oncologiche (Diagnosi Classi Id9-Cm 140-239), Tenuto Conto Anche Degli Indicatori Mes.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Elaborazione Report Mortalità Intraospedaliera	Elaborazione Report Mortalità Intraospedaliera	1
ALT016	Definizione E Trasmissione Alla Direzione Strategica Entro 45 Gg Dall'Assegnazione Degli Obiettivi, Di Un Piano Finalizzato A Determinare Il Numero Di Inviti Da Inoltrare Tenuto Conto Della % Di Adesione Registrata Negli Anni Precedenti E Del Numero Di Prestazioni Che Le Strutture Aziendali Sono In Grado Di Effettuare. Il Piano Dovrà Indicare Lo Scostamento Fra Target Previsto (Inviti Su Popolazione Target) E Inviti Inoltrabili Tenuto Conto Della Capacità Produttiva Delle Strutture.	Predisposizione Entro 45 Gg Del Piano	1)Val. Pessima. Invi inferiori A Quanto Previsto Al Successivo Punto 2 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona. Invio Del Piano Con Un Ritardo Non Superiore A 30 Gg Riconoscimento 85% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Invio Del Piano Nei Termini Indicati. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Invio Piano	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Predisposizione Entro 45 Gg Del Piano	Predisposizione Entro 45 Gg Del Piano	1
ALT018	Monitoraggio Tempi Di Completamento Delle Fasi Endoprocedimentali Alla Definizione Di Ciascun Caso, Avendo Cura Di Alimentare Un Database Che Registri Tutti Gli Step Dalla Data Di Ricezione Del Protocollo Con La Richiesta Di Risarcimento Alla Data Di Invio Alla Direzione Del Verbale Di Chiusura Del Cvs	Corretta Alimentazione Db Casi Cvs	1)Val. Pessima Mancata Alimentazione Del Db Riconosc 0% ; 5)Val. Ottima Corretta Alimentazione Del Db. Riconosc 100%	Alimentazione Del Database	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Corretta Alimentazione Db Casi Cvs	Corretta Alimentazione Db Casi Cvs	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie Obiettivo
ALT027	Effettuazione In Corso D'Anno Di Un Audit Con Verbale Presso Ciascuna U.O. Direttamente Interessata Dalle Procedure , Raccomandazioni Ministeriali, Linee Guida Oggetto Di Monitoraggio Finalizzato Ad Accertarne Il Rispetto.	1 Audit Presso Ciascuna Uo Interessata	1)Val. Pessima. Meno Di Un Audit Per Ciascuna U.O. Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima. Almeno Un Audit Verbalizzato Per Ciascuna U.O. Interessatariconoscimento 100%;	Numero Di Audit Verbalizzati / Numero Di U.O. Da Controllare	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Alt027	ALT027	1 Audit Presso Ciascuna Uo Interessata	1 Audit Presso Ciascuna Uo Interessata	1
DG1558_07	Qualificazione Assistenza Ospedaliera - Attivita' Trasfusionali (Autosufficienza Emocomponenti Driver - Globuli Rossi, Gr; Autosufficienza Di Emoderivati - Immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, Albumina)	Se Entro Soglia, Trend Stabile O In Diminuzi Su Anno Precedente	1)Val. Pessima . Maggiore 100% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 3) Val. Ottima Minore 100% Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Sacche Acquistate / Sacche Cedute	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Se Entro Soglia, Trend Stabile O In Diminuzi Su Anno Precedente	Se Entro Soglia, Trend Stabile O In Diminuzi Su Anno Precedente	2
DG1558_14	Qualificazione Assistenza Territoriale - Tasso Di Pazienti Trattati In Assistenza Domiciliare Integrata Per Intensità Di Cura (Cia 1, Cia 2, Cia 3)	Miglioramento Dei Parametri Su Anno Precedente.	1 Pessima Fuori Parametro Regionale E In Peggioramento Su Anno Precedente. 2 Buona. Fuori Parametro Regionale E In Miglioramento Su Anno Precedente 75%. 3 Ottima Entro Parametro Regionale. Riconoscimento 100%	Pazienti Trattati Per Intensità Di Cura (Cia 1, Cia 2, Cia 3)	U.O.S.V.D. Direzioni Amministrative Dss	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attecherà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Miglioramento Dei Parametri Su Anno Precedente / Target Regionale	Target Regionale	5
DG1558_16	Qualificazione Assistenza Territoriale - Intervallo Allarme-Target Dei Mezzi Di Soccorso	Intervento Entro 21 Minuti	1 Pessima Fuori Parametro Regionale E In Peggioramento Su Anno Precedente. 2 Buona. Fuori Parametro Regionale E In Miglioramento Su Anno Precedente 75%. 3 Ottima Entro Parametro Regionale. Riconoscimento 100%	Intervallo Allarme-Target Dei Mezzi Di Soccorso	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		21	21	1
DG1558_17	Qualificazione Assistenza Territoriale - Rispetto Adi Parametri Pnrr	Miglioramento Dei Parametri Su Anno Precedente.	1 Pessima Fuori Parametro Regionale E In Peggioramento Su Anno Precedente. 2 Buona. Fuori Parametro Regionale E In Miglioramento Su Anno Precedente 75%. 3 Ottima Entro Parametro Regionale. Riconoscimento 100%	Pazienti Trattati In Adi	U.O.S.V.D. Direzioni Amministrative Dss	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attecherà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Miglioramento Dei Parametri Su Anno Precedente / Target Regionale	Target Regionale	5

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_20	Implementazione Delle Raccomandazioni E Monitoraggio Del Rischio Clinico. - Garantire L'Implementazione Delle Raccomandazioni Ministeriali (Applicabili Alla Propria Realtà Aziendale) Monitorandone L'Attuazione.	Si/No	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Si/No	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Si/No	Si/No	1
DG1558_21	Implementazione Delle Raccomandazioni E Monitoraggio Del Rischio Clinico. - Elaborare, Attraverso La Propria Unità Aziendale Di Gestione Del Rischio, La Relazione Annuale Sugli Eventi Avversi Ed Il Piano Annuale Rischio Sanitario (Pars) Secondo Le Linee Di Indirizzo Predisposte Dal Centro Regionale Per La Sicurezza Sanitaria E La Gestione Del Rischio Del Paziente (Crris) Istituito Presso Aress Puglia.	Si/No	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Si/No	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Si/No	Si/No	1
DG1558_22	Implementazione Delle Raccomandazioni E Monitoraggio Del Rischio Clinico. - Promuovono E Garantiscono L'Attivazione Di Sinergie E Collaborazioni Formali Tra Unità Aziendale Di Gestione Del Rischio E I Soggetti Responsabili Di Altre Specifiche Funzioni (Rischio Infettivo, Sicurezza Degli Operatori, Gestione Qualità E Accredimento, Sicurezza Trasfusionale, Governo Clinico E Appropriatelyzza Delle Cure, Etc.)	Si/No	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Si/No	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Si/No	Si/No	1
DG1558_24	Rispetto Tempi Per La Sottoscrizione Dei Contratti Con Le Strutture Di Competenza Della Uosvd	Sottoscrizione Contratti In Ottemperanza Alle Disposizioni Regionali	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Sottoscrizione Dei Contratti Nei Termini Fissati	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra011	PRA011	Sottoscrizione Nei Termini Regionali E In Assenza Entro Il 30 Aprile Dell'Anno	Sottoscrizione Nei Termini Regionali E In Assenza Entro Il 30 Aprile Dell'Anno	2
DG1558_25	Caricamento Dati E Documenti Nella Piattaforma Nazionale Prp E Raggiungimento Obiettivi Previsti Dai Programmi Del Prp (Questionario Lea 2021 - U.1.1)	1) 100% 2) 100%	1 Pessima Fuori Parametro Fissato. Riconoscimento 0% 2 Ottima Entro Parametro Fissato. Riconoscimento 100%	Caricamento Dati E Documenti Nella Piattaforma Nazionale Prp E Raggiungimento Obiettivi Previsti Dai Programmi Del Prp (Questionario Lea 2021 - U.1.1)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		1) 100% 2) 100%	1) 100% 2) 100%	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_26	Livello Di Qualità, Completezza E Tempestività Nei Flussi Informativi Previsti Dal Questionario Lea, Da Disposizioni Nazionali E Regionali Afferenti All'Ambito Della Prevenzione E Della Promozione Della Salute (Questionario Lea+Obblighi Informativi Puglia)	1	1 Pessima Fuori Parametro Fissato. Riconoscimento 0% 2 Ottima Entro Parametro Fissato. Riconoscimento 100%	Livello Di Qualità, Completezza E Tempestività Nei Flussi Informativi Previsti Dal Questionario Lea, Da Disposizioni Nazionali E Regionali Afferenti All'Ambito Della Prevenzione E Della Promozione Della Salute (Questionario Lea+Obblighi Informativi Puglia)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		1	1	1
DG1558_27	Garantire Adeguata Copertura Vaccinale Della Popolazione - Garantire Le Necessarie Coperture Vaccinali Richieste Per La Popolazione Target	≥ 95	1)Val. Pessima Vaccinazioni < Del 85% Riconosc 0%; 2)Val. Suff.Te Fra Il 85% E Il 95% Riconosc 55%; 3)Val. Ottima >= Del 95 % Riconosc Pari Al 100 %; (Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Rilevazione Giava	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		≥ 95	≥ 95	1
DG1558_28	Garantire Adeguata Copertura Vaccinale Della Popolazione - Garantire Le Necessarie Coperture Vaccinali Richieste Per La Popolazione Target	≥ 95	1)Val. Pessima Vaccinazioni < Del 85% Riconosc 0%; 2)Val. Suff.Te Fra Il 85% E Il 95% Riconosc 55%; 3)Val. Ottima >= Del 95 % Riconosc Pari Al 100 %; (Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Rilevazione Giava	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		≥ 95	≥ 95	1
DG1558_29	Garantire Adeguata Copertura Vaccinale Della Popolazione - Garantire Le Necessarie Coperture Vaccinali Richieste Per La Popolazione Target	≥ 95	1)Val. Pessima Vaccinazioni < Del 85% Riconosc 0%; 2)Val. Suff.Te Fra Il 85% E Il 95% Riconosc 55%; 3)Val. Ottima >= Del 95 % Riconosc Pari Al 100 %; (Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Rilevazione Giava	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		≥ 95	≥ 95	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_30	Prevenzione Malattie Infettive E Vaccinazioni - Potenziamento Attività Di Prevenzione Vaccinale - Rapporto Percentuale Tra: Numero Di Soggetti Entro I 24 Mesi Di Età, Vaccinati Con Cicli Completi (1 Dose Nel Secondo Anno Di Vita; Ovvero Tre Dosi Nel Corso Del Primo Anno Di Vita Se A Rischio) Per Anti-Meningococcica C E Numero Di Soggetti Della Rispettiva Coorte Di Nascita (Ossia Nati 2 Anni Prima). - Potenziamento Attività Di Prevenzione Vaccinale	≥ 95	1)Val. Pessima Vaccinazioni < Del 85% Riconosc 0% ; 2)Val. Suff.Te Fra Il 85% E Il 95% Riconosc 55% ; 3)Val. Ottima >= Del 95 % Riconosc Pari Al 100 %; (Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Rilevazione Giava	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		≥ 95	≥ 95	1
DG1558_31	Garantire Adeguata Copertura Vaccinale Della Popolazione - Garantire Le Necessarie Coperture Vaccinali Richieste Per La Popolazione Target	≥ 95	1)Val. Pessima Vaccinazioni < Del 85% Riconosc 0% ; 2)Val. Suff.Te Fra Il 85% E Il 95% Riconosc 55% ; 3)Val. Ottima >= Del 95 % Riconosc Pari Al 100 %; (Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Rilevazione Giava	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		≥ 95	≥ 95	1
DG1558_32	Garantire Adeguata Copertura Vaccinale Della Popolazione - Garantire Le Necessarie Coperture Vaccinali Richieste Per La Popolazione Target	≥75%	1)Val. Pessima Vaccinazioni < Del 65% Riconosc 0% ; 2)Val. Suff.Te Fra Il 65% E Il 75% Riconosc 55% ; 3)Val. Ottima >= Del 75 % Riconosc Pari Al 100 %; (Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Rilevazione Giava	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		≥75%	≥75%	1
DG1558_36	Garantire Adeguata Copertura Vaccinale Della Popolazione - Garantire Le Necessarie Coperture Vaccinali Richieste Per La Popolazione Target	0,8	1)Val. Pessima Vaccinazioni < Del 70% Riconosc 0% ; 2)Val. Suff.Te Fra Il 70% E Il 80% Riconosc 55% ; 3)Val. Ottima >= Del 80 % Riconosc Pari Al 100 %;(Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Rilevazione Giava	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		0,8	0,8	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_37	Prevenzione Malattie Infettive E Vaccinazioni - Panflu Puglia 2021-2023 E Panflu Puglia 2024-2026 - Azioni Completate / Azioni Previste Dal Panflu Puglia - Prevenzione Malattie Infettive E Vaccinazioni - Panflu Puglia 2021-2023 E Panflu Puglia 2024-2026 - Azioni Completate / Azioni Previste Dal Panflu Puglia	0,5	1)Val. Pessima < Del 40 % Riconosc 0% ; 2)Val. Suff.Te Fra Il 40% E Il 50% Riconosc 65% ; 3)Val. Ottima >= Del 50 % Riconosc Pari Al 100 %;(Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Iris + "Rilevazioni "Ad Hoc"	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		0,5	0,5	2
DG1558_39	Prevenzione Malattie Infettive E Vaccinazioni - Pnc Pracs Investimento 1.1 "Salute, Ambiente, Biodiversità E Clima" - Interventi Realizzari E Rendicontati / Cronoprogramma Pnc-Pracs - Prevenzione Malattie Infettive E Vaccinazioni - Pnc Pracs Investimento 1.1 "Salute, Ambiente, Biodiversità E Clima" - Interventi Realizzari E Rendicontati / Cronoprogramma Pnc-Pracs	1	1)Val. Pessima < Del 90 % Riconosc 0% ; 2)Val. Suff.Te Fra Il 90% E Il 99% Riconosc 65% ; 3)Val. Ottima >= Del 100 % Riconosc Pari Al 100 %;(Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Pnc Pracs	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		1	1	3
DG1558_40	Sorveglianza E Prevenzione Delle Malattie Croniche, Inclusi La Promozione Di Stili Di Vita Sani - Indicatore Composito Sugli Stili Di Vita. - % Ii Soggetti Che Presentano Un Punteggio Maggiore O Ugual A Due (Inteso Come Somma Dei Punteggi Relativi A 4 Indicatori: Fumo/ Eccesso Ponderale, Alcool E Sedentarietà) Sulla Popolazione Stimata Residente ( 18 -69) - Sorveglianza E Prevenzione Delle Malattie Croniche, Inclusi La Promozione Di Stili Di Vita Sani - Indicatore Composito Sugli Stili Di Vita. - % Ii Soggetti Che Presentano Un Punteggio Maggiore O Ugual A Due (Inteso Come Somma Dei Punteggi Relativi A 4 Indicatori: Fumo/ Eccesso Ponderale, Alcool E Sedentarietà) Sulla Popolazione Stimata Residente ( 18 -69)	< Valore Baseline	1 Mancato Rispetto Target Indicato Riconosc 0%. 2 Rispetto Target Indicato Riconosc 100%.	Sistema Sorveglianza Passi	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		< Valore Baseline	< Valore Baseline	2

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_41	Numero Di Anziani Non Autosufficienti In Trattamento Socio-Sanitario Residenziale/Semiresidenziale In Rapporto Alla Popolazione Residente, Per Tipologia Di Trattamento (Intensita' Di Cura).	Miglioramento Dei Parametri Su Anno Precedente.	1 Pessima Fuori Parametro Regionale E In Peggioramento Su Anno Precedente. 2 Buona. Fuori Parametro Regionale E In Miglioramento Su Anno Precedente 75%. 3 Ottima Entro Parametro Regionale. Riconoscimento 100%	Pazienti Trattati / Popolazione Target Residente	U.O.S.V.D. Direzioni Amministrative Dss	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Miglioramento Dei Parametri Su Anno Precedente / Target Regionale	Target Regionale	5
DG1558_42	Numero Deceduti Per Causa Di Tumore Assistiti Dalla Rete Di Cure Palliative Sul Numero Deceduti Per Causa Di Tumore	Se Entro Soglia, Trend In Aumento Rispetto All'Anno Precedente	1 Pessima Fuori Parametro Regionale E In Peggioramento Su Anno Precedente. 2 Buona. Fuori Parametro Regionale E In Miglioramento Su Anno Precedente 75%. 3 Ottima Entro Parametro Regionale. Riconoscimento 100%	Pazienti Assistiti / Pazienti Deceduti Causa Tumore	U.O.S.V.D. Direzioni Amministrative Dss	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Miglioramento Dei Parametri Su Anno Precedente / Target Regionale	Target Regionale	5
DG1558_44	Aggiornamento Griglie Di Valutazione Relative Ai Percorsi Di Qualità E Attività Richieste Dalla Direzione Strategica.	Riscontro Tempestivo Delle Richieste Formulate Dalla Direzione Strategica	1 Pessima. Mancato Riscontro Riconoscimento 0%. 2 Ottima. Riscontro E Attività Richieste Riconoscimento 100%	Riscontri Ad Attività Richieste	Referente Aziendale Procedure Di Accreditamento	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Rispetto Tempistiche Regionali	Rispetto Tempistiche Regionali	67

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_45	Salute Animale E Igiene Urbana Veterinaria. - Copertura Delle Principali Attività Riferite Al Controllo Delle Anagrafi Animali, Della Alimentazione Degli Animali Da Reddito E Della Somministrazione Di Farmaci Ai Fini Delle Garanzie Di Sicurezza Alimentare Per Il Cittadino. - % = (% Aziende Bovine Controllate Per Anagrafe X 0,1) + (% Aziende Ovicaprine Controllate Per Anagrafe X 0,05) + (% Capi Ovicaprini Controllati Per Anagrafe X 0,05) + (% Aziende Suine Controllate Per Anagrafe X 0,1) + (% Aziende Equine Controllate Per Anagrafe X 0,1) + (% Allevamenti Apistici Controllati Per Anagrafe X 0,1) + (%Esecuzione Del Pnaa X 0,3) + (% Controlli Di Farmacosorveglianza Veterinaria X 0,2) - Salute Animale E Igiene Urbana Veterinaria.	1	1)Val. Pessima < Del 90 % Riconosc. 0%; 2)Val. Suff.Te Fra Il 90% E Il 99% Riconosc. 65%; 3)Val. Ottima >= Del 100 % Riconosc. Pari Al 100 %;(Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Sistema Informativo Veterinario - Vetinfo / Flusso Pnaa / Flusso Informativo Farmacosorveglianza	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		1	1	2
DG1558_46	Sicurezza Alimentare – Tutela Della Salute Dei Consumatori - Copertura Delle Principali Attività Di Controllo Per La Contaminazione Degli Alimenti, Con Particolare Riferimento Alla Ricerca Di Sostanze Illecite, Di Residui Di Contaminanti, Di Farmaci, Di Fitofarmaci E Di Additivi Negli Alimenti Di Origine Animale E Vegetale - % = (% Di Copertura Del Pnr X 0,4) + (% Di Copertura Del Controllo Ufficiale Di Residui Di Prodotti Fitosanitari X 0,4) + (% Di Copertura Del Controllo Ufficiale Per La Ricerca Di Additivi Alimentari X 0,2) - Sicurezza Alimentare – Tutela Della Salute Dei Consumatori -	1	1)Val. Pessima < Del 90 % Riconosc. 0%; 2)Val. Suff.Te Fra Il 90% E Il 99% Riconosc. 65%; 3)Val. Ottima >= Del 100 % Riconosc. Pari Al 100 %;(Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Radisan	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		1	1	3

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_47	Sicurezza Alimentare – Tutela Della Salute Dei Consumatori - Attuazione Del Piano Regionale Integrato Dei Controlli Con Esecuzione Di Controlli Ufficiali Sulla Base Di Criteri E Frequenza Stabilita Su Osa Registrati - Numero Di Ispezioni E Audit Effettuati/ Numero Di Osa Registrati Reg. Ce 852/04*100 - Sicurezza Alimentare – Tutela Della Salute Dei Consumatori - Attuazione Del Piano Regionale Integrato Dei Controlli Con Esecuzione Di Controlli Ufficiali Sulla Base Di Criteri E Frequenza Stabilita Su Osa Registrati	0,2	1)Val. Pessima < Del 15 % Riconosc 0%; 2)Val. Suff. Te Fra Il 15% E Il 20% Riconosc 65% ; 3)Val. Ottima >= Del 20 % Riconosc Pari Al 100 %;(Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Rivera - Rendicontazione All 9 Accordo Stato Regioni Del 10 Novembre 2016, Rep 212	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		0,2	0,2	2
DG1558_48	Sicurezza Alimentare – Tutela Della Salute Dei Consumatori - Attuazione Del Piano Regionale Integrato Dei Controlli Con Esecuzione Di Controlli Ufficiali Sulla Base Di Criteri E Frequenza Stabilita Su Osa Riconosciuti - Numero Di Ispezione E Audit Effettuati /Numero Di Osa Riconosciuti Reg. Ce 853/04*100 - Sicurezza Alimentare – Tutela Della Salute Dei Consumatori - Attuazione Del Piano Regionale Integrato Dei Controlli Con Esecuzione Di Controlli Ufficiali Sulla Base Di Criteri E Frequenza Stabilita Su Osa Riconosciuti	0,33	1)Val. Pessima < Del 30 % Riconosc 0% ; 2)Val. Suff. Te Fra Il 30% E Il 33% Riconosc 65% ; 3)Val. Ottima >= Del 33 % Riconosc Pari Al 100 %;(Da Rideterminarsi In Relazione Al Target Fissato Per Il 2025 Se Differente)	Rivera - Rendicontazione All 9 Accordo Stato Regioni Del 10 Novembre 2016, Rep 213	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		0,33	0,33	1
DG1558_49	Monitoraggio Consumo Di Farmaci Sentinella/Traccianti Per 1.000 Abitanti. Antibiotici. Effettuazione Di Audit Nei Confronti Dei Medici Iperprescrittori.	Due Audit Annuali (Uno In Ciascun Semestre) Con I Medici Iperprescrittori Ovvero Due Eventi Formativi Annuali Specifici	1 Pessima. Meno Di 2 Evento/Audit Riconoscimento 0%. 2 Ottima. Effettuazione Dei Due Eventi/Audit 100%	Effettuazione Audit Su Medici Iperprescrittore	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	La Struttura Fornirà All'Area Farmaceutica Copia Dei Verbali O Documentazione Attestante Organizzazione Degli Eventi		2 Eventi Formativi Annu	2 Eventi Formativi Annu	5
DG1558_50_51 A	Riduzione Spesa Farmaceutica Convenzionata. Elaborazione Di Almeno Tre Report Nel Corso Dell'Anno, Dal Quale Si Evincano Mmg E PIs Del Distretto Con Valore Medio Pro-Capite Delle Prescrizioni, Superiori Alla Media Regionale E Audit Verbalizzato Di Ciascun Medico Attenzionato;	Un Audit Quadrimestrale Per Ciascun Medico Iperprescrittore	1)Val. Pessima < 40% Numero Medici Attenzionati Controllati / Numero Medici Attenzionati Presenti, Riconosc 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 40,1 E 60% Presenti Riconosc 30% ; 3)Val. Media 60,1 E 80% Riconosc 60% ; 4)Val. Buona Fra Il 80,1 E 95% Riconosc 85% ;5)Val. Ottima Almeno Il 95% Dei Medici Attenzionati Controllati Riconosc 100% )	Numero Medici Attenzionati Controllati / Numero Medici Attenzionati Presenti Nel Report	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Far001	FAR001	Un Audit Annuo Per Ciascun Medico Iperprescrittore	Un Audit Annuo Per Ciascun Medico Iperprescrittore	5

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_50_51B	Riduzione Spesa Farmaceutica Convenzionata Avvio Del Procedimento Con Nota Formale Nei Confronti Dei Medici Segnalati Dall'Area Farmaceutica E Per I Quali È Stata Rilevata Inappropriatezza Prescrittiva E Non Aderenza Alla Normativa	Avvio Del Procedimento Per Ciascun Medico Segnalato	1)Val. Pessima < 80% Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento, Riconosc 0% ; 2)Val. Suffic Fra 80,1 E 90% Riconosc 80% ;5) Val. Ottima >90% Riconosc 100% )	Procedimenti Su Numero Medici Segnalati / Numero Medici Segnalati Dall'Area Farmaceutica	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Dg1558_50_51B	DG1558_50_51B	Avvio Del Procedimento Per Ciascun Medico Segnalato	Avvio Del Procedimento Per Ciascun Medico Segnalato	5
DG1558_50_51C	Riduzione Spesa Farmaceutica Convenzionata. Costante Monitoraggio Finalizzato Alla Riduzione Della Spesa Farmaceutica Netta Pro-Capite Rispetto Alla Media Regionale	Spesa Netta Pro-Capite > Spesa Netta Pro-Capite Regionale	1 Pessima Pegg Su Anno Precedente E Superiore Media Regionale Ricon 0%. 2 Suffic Miglior Anno Prec Pari Almeno Al 5% E Inferiore Media Regionale Ric 50% 3 Discreto Miglior Anno Prec Sup Al 5% E Peggior Media Reg. Ovvero Pegg. Su Anno Prec E Migliore Media Regionale Ric 70%; 5 Ottimo Migliore Media Reg E Miglioramento Anno Prec 100%.	Confronto Media Pro Capite Di Distretto / Media Pro Capite Regionale	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Spesa Pro-Capite > Spesa Pro-Capite Regionale	Spesa Pro-Capite > Spesa Pro-Capite Regionale	5
DG1558_53A	Riduzione Dei Debiti Verso Fornitori - Invio Entro Il 31/7 Di Una Relazione Esaustiva Relativa A Tutte Le Partite Aperte Al 31 Dicembre Dell'Anno Precedente, Risultanti All'Ufficio Nel Sistema Moss Con Indicazione Delle Motivazioni Ostative Al Pagamento	Invio Relazione Entro Il 31/7	1)Val. Pessima Mancato Invio Relazione Riconosc 0% ; 2)Val. Ottima Invio Relazione Riconosc 100% ;	Invio Relazione Entro Il 31/7	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Invio Relazione Entro Il 31/7	Invio Relazione Entro Il 31/7	20
DG1558_53B	Riduzione Dei Debiti Verso Fornitori - Liquidazione Delle Fatture Aperte Entro 40 Giorni Dalla Data Di Assegnazione Della Fattura Alla Struttura. Per Le Fatture Anno Precedenti Liquidazione Entro Il 31/3	Liquidazione Fatture Nei Termini Indicati	1)Val. Pessima < 50% Delle Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Fra 50% E 70% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 20% ;3)Val. Media Fra 70% E 85% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 50% ;4)Val. Buona Fra 85% E 97,9% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 70% ;5)Val. Ottima > 97,9% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 100% ;;	Fatture Liquidate Nei Termini / Fatture Da Liquidare	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Liquidazione Fatture Nei Termini Indicati	Liquidazione Fatture Nei Termini Indicati	20

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_54	Rispetto Delle Scadenze Per Il Monitoraggio Dei Conti Del Sistema Sanitario - Al Fine Del Rispetto Dell'Equilibrio Economico-Finanziario E Di Quanto Prescritto Dal Comma N.174, Art. 1 Della Legge N. 311/2004, Si Rende Necessario Fissare Alcune Scadenze Inprocastinabili Che Le Aziende Del S.S.R. Devono Rispettare Con Riferimento Al Bilancio D'Esercizio.	Rispetto Scad.Ze 2025 Con Rif. All'Esercizio Economico 2024.	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Si/No	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Rispetto Scad.Ze 2025 Con Rif. All'Esercizio Economico 2024.	Rispetto Scad.Ze 2025 Con Rif. All'Esercizio Economico 2024.	1
DG1558_55	Quadratura Tra Contabilità Analitica E Contabilità Generale - Trasmissione, Entro Il 30 Giugno, Del Bilancio Di Verifica Per Centro Di Costo In Quadratura Con Il Bilancio Dell'Esercizio Relativo All'Esercizio Precedente, Al Fine Di Garantire Il Monitoraggio Dei Costi E La Correlazione Con I Dati Di Attività E Di Struttura, Nell'Ambito Dell'Attività Di Controllo Di Gestione, E Consentire Una Valutazione Complessiva Dell'Azienda, Del Presidio E Della Singola Unità Operativa In Termini Di Efficienza Ed Efficacia, Nonché Del Completamento Dei Progetti Regionali Correlati.	Invio Entro Il 30 Giugno O Differente Termine Indicato Dalla Regione	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Si/No	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Entro Il 30 Giugno O Differente Termine Indicato Dalla Regione	Invio Entro Il 30 Giugno O Differente Termine Indicato Dalla Regione	1
DG1558_56	Quadratura Tra Contabilità Analitica E Contabilità Generale - Trasmissione, Entro Il 01 Agosto, Del Bilancio Di Verifica Per Centro Di Costo Al 30.06.2024 In Quadratura Con Il Conto Economico- Modello Ce Al 30.06.2024, Al Fine Di Garantire Il Monitoraggio Dei Costi E La Correlazione Con I Dati Di Attività E Di Struttura, Nell'Ambito Dell'Attività Di Controllo Di Gestione, E Consentire Una Valutazione Complessiva Dell'Azienda, Del Presidio E Della Singola Unità Operativa In Termini Di Efficienza Ed Efficacia, Nonché Del Completamento Dei Progetti Regionali Correlati.	Invio Entro Il 01 Agosto O Differente Termine Indicato Dalla Regione	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Si/No	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Entro Il 01 Agosto O Differente Termine Indicato Dalla Regione	Invio Entro Il 01 Agosto O Differente Termine Indicato Dalla Regione	1
DG1558_58	Sistema Informativo Per Il Monitoraggio Della Spesa Del Servizio Sanitario Regionale (Moss) - Avvio Controllo Interno	1	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Numero Processi Avviati / Numero Processi Previsti	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		1	1	2

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_59	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico - Diffusione Ed Utilizzo Del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	>90%	1)Val. Pessima Obiettivo Non Raggiunto. Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Obiettivo Parzialmente Raggiunto .Riconoscimento In Misura % Sulla Base Delle Risultanze Dei Singoli Obiettivi Assegnati Con Dgr 1558/23; 3) Val. Ottima Obiettivo Raggiunto. Riconosc 100%	Verifica Rispetto Indicatori Previsti	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		>90%	>90%	1
DG1558_60	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico - Diffusione Ed Utilizzo Del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 - N.Ro Mmg Che Alimenta Il Fse/N.Ro Mmg - Elaborazione E Trasmissione Entro La Fine Di Ciascun Quadrimestre Ai Direttori Di Distretto Di Una Reportistica Relativa Allo Stato Di Agg.To Del Fse Da Parte Dei Mmg Per Le Successive Attività Di Controllo	Elaborazione E Invio Delle 3 Reportistiche Annuali	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Valutazione Buona, Invio Di Almeno 2 Report Annuali. Riconoscimento 70%.3) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Invio Reportistica	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Elaborazione E Invio Delle 3 Reportistiche Annuali	Elaborazione E Invio Delle 3 Reportistiche Annuali	1
DG1558_60bis	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico - Diffusione Ed Utilizzo Del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 - N.Ro Mmg Che Alimenta Il Fse/N.Ro Mmg - Contestazione A Mezzo Pec Ai Mmg Inadempianti Rispetto All'Aggiornamento Del Fse	Invio Pec Medici Inadempianti	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Valutazione Buona, Medici Segnalati/Medici Inadempianti > 70%. Riconoscimento 70%.3) Val. Ottima Medici Segnalati/Medici Inadempianti > 90% .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Medici Segnalati/Medici Inadempianti	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Pec Medici Inadempianti	Invio Pec Medici Inadempianti	5
DG1558_61	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico - Diffusione Ed Utilizzo Del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 - N.Ro Documenti Indicizzati/Totale Documenti Prodotti (Per Ldo, Vps, Lis, Ris, Rsa)	>90%	1)Val. Pessima . Minore 75% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Valutazione Buona Compresa Fra 76% E 90% Riconoscimento 85% 3) Val. Ottima Maggiore 90% Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	N.Ro Documenti Indicizzati/Totale Documenti Prodotti (Per Ldo, Vps, Lis, Ris, Rsa)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		>95%	>95%	1
DG1558_62	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico - Diffusione Ed Utilizzo Del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 - Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico - Diffusione Ed Utilizzo Del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 - N.Ro Documenti Firmati In Pades/N.Ro Documenti Indicizzati	>90%	1)Val. Pessima . Minore 75% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Valutazione Buona Compresa Fra 76% E 90% Riconoscimento 85% 3) Val. Ottima Maggiore 90% Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	N.Ro Documenti Firmati In Pades/N.Ro Documenti Indicizzati	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		>90%	>90%	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
DG1558_63	Diffusione E Corretta Gestione Della Cartella Clinica Elettronica. Sia Con Riferimento All'Attività Di Ricovero Che All'Attività Ambulatoriale (Ospedaliera E Territoriale).	0,85	1)Val. Pessima < 50% Riconosc 0% ; 3)Val. Media Fra 50% E 85% Riconosc = % Raggiunto ;3)Val. Ottima >= 85% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 100%;	Numero Delle Cartelle Cliniche Completamente Digitali Sul Numero Delle Cartelle Cliniche Totali	U.O.S.V.D. Information And Communication Technologies.	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Dg1558_63	DG1558_63	>90%	1	73
DG1558_64	Digitalizzazione Cartella Clinica Elettronica - Miglioramento Della Copertura E Qualità Dei Flussi Informativi	Almeno + 15%	1)Val. Pessima Obiettivo Non Raggiunto. Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Obiettivo Parzialmente Raggiunto .Riconoscimento In Misura % Sulla Base Delle Risultanze Dei Singoli Obiettivi Assegnati Con Dgr 1558/23; 3) Val. Ottima Obiettivo Raggiunto. Riconosc 100%	Totale Flussi (Dd,Dp,Co) / Totale Valore Ce	U.O.S.V.D. Information And Communication Technologies.	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Almeno + 15%	Almeno + 15%	1
DG1558_65	Completezza E Qualità Dei Flussi Informativi - Aumento Assistiti Over 65 In Adi Come Da Dm 23.01.2023 - Baseline 2019+ Aumenti Incrementali Fissati Da Dm - Completezza E Qualità Dei Flussi Informativi - Aumento Assistiti Over 65 In Adi Come Da Dm 23.01.2023 - Baseline 2019+ Aumenti Incrementali Fissati Da Dm	Almeno + 25%	1)Val. Pessima . Minore 25% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Valutazione Buona Compresa Fra 25% E 35% Riconoscimento 85% 3) Val. Ottima Maggiore 35% Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Baseline 2019+ Aumenti Incrementali Fissati Da Dm	U.O.S.V.D. Information And Communication Technologies.	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Almeno + 25%	Almeno + 25%	5
DG1558_66-68	Capacità Progettuale E Spesa Per Investimenti - Rispetto Degli Obblighi Previsti Da Pnrr Nel Disciplinare Attuativo Fondi Strutturali (Fesr)	1	1)Val. Pessima Obiettivo Non Raggiunto. Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Obiettivo Parzialmente Raggiunto .Riconoscimento In Misura % Sulla Base Delle Risultanze Dei Singoli Obiettivi Assegnati Con Dgr 1558/23; 3) Val. Ottima Obiettivo Raggiunto. Riconosc 100%	Raggiunto/Non Raggiunto	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		1	1	2
DG1558_67	Completezza E Qualità Dei Flussi Informativi - Rispetto Degli Obblighi Previsti Da Pnrr Nel Disciplinare Attuativo E Successivi Addendum E Fondi Strutturali (Fesr)	1	1)Val. Pessima Obiettivo Non Raggiunto. Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Obiettivo Parzialmente Raggiunto .Riconoscimento In Misura % Sulla Base Delle Risultanze Dei Singoli Obiettivi Assegnati Con Dgr 1558/23; 3) Val. Ottima Obiettivo Raggiunto. Riconosc 100%	Si/No	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		1	1	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
ECO001	Elaborazione Di Una Reportistica Trimestrale Da Trasmettere Via Mail Alla Direzione Strategica Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Tenuto Conto Delle Ore Effettivamente Timbrate Per Straordinario E Prestazioni Aggiuntive Con Un Confronto Per Lo Straordinario Con Le Ore Di Budget Assegnate Alle Singole U.O.	Rispetto Budget Straordinario Assegnato	1)Val. Pessima Meno Di 3 Report Inviati Riconoscimento 0% ; 2) Val. Buona Almeno 3 Report Inviati Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 60 Gg. Riconoscimento 80% 3) Val. Ottima 4 Report Inviati Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 30 Gg. Riconosc 100%;	Invio Reportistica Alla Direzione Strategica	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Rispetto Budget Straordinario Assegnato	Rispetto Budget Straordinario Assegnato	1
ECO003	Contenimento Della Spesa Del Personale Entro I Limiti Fissati Dalla Normativa Vigente Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Rispetto Budget Assegnato	1)Val. Pessima > Mancato Rispetto Del Budget E Incremento Rispetto Anno Precedente Riconosc 0% ; 2) Valutazione Buona Mancato Rispetto Del Budget In Presenza Di Riduzione Su Anno Precedente Riconosc 50% 3) Val. Ottima Rispetto Del Budget 100 % Riconosc 100% ). L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Al 60% Se, In Presenza Del Mancato Rispetto Del Budget, E In Presenza Di Incremento Su Anno Precedente, La Struttura Darà Prova Di Aver Compilato I Moduli Di Rilevazione Giornaliera Dello Straordinario Come Da Indicazioni Fornite Con Nota Prot. 13413/2020.	Costo Sostenuto / Budget Economico Assegnato *100	S.Comp. - Direzione Area Gestione Personale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Rispetto Budget Assegnato	Rispetto Budget Assegnato	113
ECO004	Elaborazione Di N.2 Relazioni Attestanti La Spesa Del Personale Ai Fini Della Verifica Del Rispetto Dei Vincoli Finanziari Per Il T.I E T.D. Le Relazioni Dovranno Essere Inviolate In Direzione Entro Il 20 Luglio Ed Entro Il 10 Gennaio Dell'Anno Successivo.	Elaborazione Di 2 Relazioni Su Andamento Spesa Del Personale	1)Val. Pessima Assenza Di Relazione. Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona Invio Di Almeno 1 Relazione. Riconoscimento 60% 3) Val. Ottima Invio Delle 2 Relazioni Riconoscimento 100%;	Invio Relazioni	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Elaborazione Di 2 Relazioni Su Andamento Spesa Del Personale	Elaborazione Di 2 Relazioni Su Andamento Spesa Del Personale	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
ECO006	Riduzione Dell'Incidenza % Dei Costi Per Consumo Di Beni Rispetto Al Valore Della Produzione.	Riduzione 15 % <= Anno 2022 (Consumi Ridotti % In Linea Con Tasso Di Inflazione)	1)Val. Pessima Ove % Anno > % Anno Di Riferimento (Anno 2022) , Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Discreta Ove Riduzione Su Anno 2022 Sino Al -8% .Riconoscimento 50% Del Peso Previsto. 3) Val. Buona Ove Riduzione Su Anno 2022 Dal -8% Al -15% .Riconoscimento 95% Del Peso Previsto.3) Val. Ottima Ove Riduzione Su Anno 2022 Superiore Al -15% .Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Percentuale ((Costo Beni)/(Valore Produzione Drg, Ambulatoriali Esterne E Prest Interne Se Misurabili, Ricavi Virtuali)	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nei Sistemi Informativi Al 15 Febbraio 2026.		Riduzione 15 % <= Anno 2022 (Consumi Ridotti % In Linea Con Tasso Di Inflazione)	Riduzione 15 % <= Anno 2022 (Consumi Ridotti % In Linea Con Tasso Di Inflazione)	63
ECO007A	Incremento Del Valore Di Produzione Per Ora Lavorata Dal Personale Dirigenziale	Incremento 15% Del Fatturato Orario Anno 2022	1)Val. Pessima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso < Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno 2022, Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno 2022 Magg.Ta Sino Al 15% .Riconoscimento % Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno Precedente Magg.Ta Almeno Del 15% .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Valore Produzione Drg, Ambulatoriali Esterne E Prest Interne Se Misurabili E Ricavi Virtuali / Ore Lavorate Da Personale Assegnato	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nei Sistemi Informativi Al 15 Febbraio 2026.		Incremento 15% Del Fatturato Orario Anno 2022	Incremento 15% Del Fatturato Orario Anno 2022	63

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
ECO007B	Incremento Del Valore Di Produzione Per Ora Lavorata Dal Personale Di Comparto	Incremento 15% Del Fatturato Orario Anno 2022	1)Val. Pessima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso < Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno 2022, Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno 2022 Magg.Ta Sino Al 15% .Riconoscimento % Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno Precedente Magg.Ta Almeno Del 15% .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Valore Produzione Drg, Ambulatoriali Esterne E Prest Virtuali / Ore Lavorate Da Personale Assegnato	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nei Sistemi Informativi Al 15 Febbraio 2026.		Incremento 15% Del Fatturato Orario Anno 2022	Incremento 15% Del Fatturato Orario Anno 2022	63
ECO007C	Incremento Del Valore Di Produzione Per Ora Lavorata Dal Personale Dirigenziale E Contrattualizzata Con Specialisti Ambulatoriali	Fatturato Orario 2024 + 5%	1)Val. Pessima Fatturato Orario < Anno 2024, Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Ove Fatturato Orario Anno 2024 Magg.Ta Sino Al 5% .Riconoscimento % Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Ove Fatturato Orario > Anno 2024 + 5% .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Fatturato / Ore	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nei Sistemi Informativi Al 15 Febbraio 2026.		Fatturato Orario 2024 + 10%	Fatturato Orario 2024 + 10%	5
ECO010A	Incremento Del Valore Di Produzione Relativo Ad Interventi Chirurgici Per Ora Lavorata Dal Personale Dirigenziale E Di Comparto (Orario Annuo - Fabbisogno Rianimazione E Sala Urgenza). Solo Dirigenti Medici	Fatturato Orario 2022 + 15%	1)Val. Pessima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso < Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno 2022, Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno 2022 Magg.Ta Sino Al 15% .Riconoscimento % Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno Precedente Magg.Ta Almeno Del 15% .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Valore Della Produzione / Ore Lavorate Da Personale Della Dirigenza E Del Comparto (Orario Annuo - Fabbisogno Rianimazione E Sala Urgenza)	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Di Produzione Per Ora Lavorata. Nella Valutazione Dell'Obiettivo Si Terrà Conto Comune Del Posizionamento Rispetto Alla Media Aziendale E/O Regionale Di Riferimento Se Disponibile Che Garantirà Un Punteggio Non Inferiore Al 80% A Chi Si Colloca Al Di Sopra Della Media.		Fatturato Orario 2022 + 15%	Fatturato Orario 2022 + 15%	4

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatari e Obiettivo
ECO010B	Incremento Del Valore Di Produzione Relativo Ad Interventi Chirurgici Per Ora Lavorata Dal Personale Dirigenziale E Di Comparto (Orario Annuo - Fabbisogno Rianimazione E Sala Urgenza). Solo Personale Di Comparto	Fatturato Orario 2022 + 15%	1)Val. Pessima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso < Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno 2022, Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno 2022 Magg.Ta Sino Al 15% .Riconoscimento % Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno In Corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata Nell'Anno Precedente Magg.Ta Almeno Del 15% .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Valore Della Produzione / Ore Lavorate Da Personale Della Dirigenza E Del Comparto (Orario Annuo - Fabbisogno Rianimazione E Sala Urgenza)	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Di Produzione Per Ora Lavorata. Nella Valutazione Dell'Obiettivo Si Terrà Conto Comunque Del Posizionamento Rispetto Alla Media Aziendale E/O Regionale Di Riferimento Se Disponibile Che Garantirà Un Punteggio Non Inferiore Al 80% A Chi Si Colloca Al Di Sopra Della Media.		Fatturato Orario 2022 + 15%	Fatturato Orario 2022 + 15%	4
ECO011	Valutazione Di Approprietezza Del Setting Assistenziale Nel Rispetto Del Tetto Di Spesa Fissato Per L'Asl Bt Con Dgr 1982/2023	Rispetto Del Tetto Assegnato Con Dgr 1982/23E S-M-I	1)Val. Pessima Se La Spesa Aziendale Ecceda L'Ammontare Del Tetto Di Spesa Fissato Per L'Asl Bt. Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Se La Spesa Aziendale Rientra Nel Tetto Di Spesa Fissato Per L'Asl Bt .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Rispetto Del Tetto Di Spesa Fissato Con Dgr 1982/23	Uosvd Servizi Socio-Sanitari	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmeso Dal Controllo Di Gestione		Rispetto Del Tetto Assegnato Con Dgr 1982/23E S-M-I	Rispetto Del Tetto Assegnato Con Dgr 1982/23E S-M-I	2
ECO013	Miglioramento % Incidenza Costo Pieno (Diretti / Indiretti / Ribalamenti Strutture) Su Valore Della Produzione	< 130%	Range Indicato Nella Scheda Allegata	Costi Diretti + Costi Indiretti + Ribaltamento Strutture / Valore Della Produzione	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nei Sistemi Informativi Al 15 Febbraio 2026.		< 130%	< 130%	57

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
FAR003	Elaborazione E Invio Alla S.C. Farmaceutica Territoriale, Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre Della Reportistica Relativamente Alle Prescrizioni Dei Soli Biosimilari / Equivalenti Ad Alto Costo Ai Soli Pazienti Naive E Con Switch/Swap Per Il Monitoraggio Delle Prescrizione Di Farmaci Ad Alto Costo	Invio Reportistica Trimestrale Prescrizioni Alto Costo	1)Val. Pessima Invio Inferiore A 2 Report Annuali; Riconoscimento 0% 2) Val. Media Invio Di Almeno 3 Report Annuali. Riconoscimento 70%; 3) Val. Ottima Invio Dei 4 Report Annuali. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Report Trimestrale	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Invio Reportistica Trimestrale Prescrizioni Alto Costo	Invio Reportistica Trimestrale Prescrizioni Alto Costo	9
FAR005	Incrementare La Somministrazione Diretta Di Farmaci Alla Dimissione Da Parte Delle Strutture Ospedaliere	> 85%	1)Val. Pessima < 50% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili. Riconosc 0% ; 2)Val. Media Fra 50 E 90% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili Riconosc 50% ; 3) Val. Ottima > 90% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili Riconosc 100%	Somministrazione Farmaci Edotto / Somministrazione Farmaci Da Cartella	Direzioni Sanitarie Di Presidio / Farmacie Ospedaliere	La Struttura Che Effettua La Verifica Effettuerà In Corso D'Anno 2 Accessi Visionando Le Cartelle Cliniche Del Mese Precedente Evidenziando Per Ciascuna U.O. A Fronte Delle Cartelle Visionate, Prescrizioni Di Farmaci Effettuate E Prescrizioni Di Farmaci Riporte Su Edotto.	FAR005	> 85%	> 85%	22
FAR007	Organizzazione E Realizzazione Di Incontri O Audit, Anche Con Il Supporto Della Uosdv Formazione, Con La Dirigenza Medica Aziendale Sulla Corretta Prescrizione Dei Farmaci, Dispositivi Medici E Materiale Sanitario.In Presenza O In Asincrono	10 Incontri	1) Val. Pessima Nessun Incontro 2) Valutazione Ottima 10 Incontri In Corso D'Anno Riconosc 100%	Organizzazione Di Incontri / Audit Ecm E Non Ecm	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		10 Incontri	10 Incontri	1
FAR008	Monitoraggio Dell'Utilizzo Di Farmaci Biosimilari / Alto Costo E Monitoraggio Delle Prescrizioni Da Parte Degli Specialisti	Invio Dei Tre Report Quadrimestrali Con Indicazione Dei Medici Prescrittori Corredati Da Una Valutazione Per Ciascuno Prescrittore Di Eventuali Inappropriatezze Prescrittive	1) Val. Pessima Assenza Dei Tre Report E Mancata Trasmissione Alla Dir. Sanitaria - Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima In Presenza Dei 3 Report E Trasmissione Alla Dir. Sanitaria - Riconosc 100%;	Elaborazione E Invio Alla Direzione Sanitaria Dei Report Quadrimestrale Con Indicazione Dei Medici Prescrittori Corredati Da Una Valutazione Per Ciascuno Prescrittore Di Eventuali Inappropriatezze Prescrittive.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Dei Tre Report Quadrimestrali	Invio Dei Tre Report Quadrimestrali	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
FAR010	Monitoraggio Appropriatenza Utilizzo Antibiotici, Da Inviare A Tutte Le U.O. Di Degenza Del Pp.Oo Di Afferenza, Indicando Numero Di Richieste Inappropriate;	Invio Alle Uu.Oo. Di Report Trimestrali Su Prescrizioni Di Antibiotici Inappropriate Con Specifica Dei Consumi In Base Alla Classificazione Aware Al Fine Di Riportare Gli Stessi Entro I Valori Target Nazionali (Osmed)	1) Valutazione Pessima < 2 Inviati Anni Alle U.O. Ricon 0%; 2) Valutazione Buona. 3 Inviati Anni Alle U.O. Ricon 75% 3) 2) Valutazione Ottima. 4 Inviati Anni Alle U.O. Riconoscimento 100%	Produzione Di N. 4 Report Annuali Da Inviare A Tutte Le U.O. Di Degenza Del Pp.Oo Di Afferenza Sulle Prescrizioni Di Antibiotici	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Alle Uu.Oo. Di Report Annuale Su Prescrizioni Antibiotici	Invio Alle Uu.Oo. Di Report Annuale Su Prescrizioni Antibiotici	3
FAR011	Incremento Utilizzo Farmaci Innovativi In Linea Con L'Andamento Nazionale	>=10% E/O In Linea Con Media Nazionale.	1)Val. Pessima Peggioramento Anno Precedente. Riconoscimento 0%. 2 Buona. Incremento Su Anno Precedente Sino Al 10% Riconoscimento % 3) Val. Ottima => 10% .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Costo Innovativi Anno Corrente / Costo Innovativi Anno Precedente	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	Larea Farmaceutica Sulla Base Dei Dati Contabili, Attesterà Il Ragg.To Dell'Obiettivo.		>=15% E/O In Linea Con Media Nazionale.	>=20% E/O In Linea Con Media Nazionale.	3
FAR014	Implementare La Drug Day: Concentrare In Specifiche Giornate Della Settimana Le Chemioterapie Da Allestire Per Principio Attivo Con Stabilità <72 Ore.	> 70%	1)Val. Pessima Prescrizioni < 30%. Riconosc 0%; 2) Val. Buona Inserimento Dal 30% Al 70% . Riconosc 50%. 3) Val. Ottima Inserimento > 70%. Riconosc 100 %	N°Prescrizioni Medesimi Principi Attivi/N°Prescrizioni Effettuate	U.O.S.V.D Farmacia Clinica E Ufa	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Uosvd Farmacia Clinica E Ufa Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo.		> 75%	> 80%	3
FAR099	Utilizzo Daratumumab Uso E.V. Per Pazienti Naive Con Peso <70Kg Per I Primi 6 Cicli Di Terapia.	> 70%	1)Val. Pessima Pazienti Naive < 30%. Riconosc 0%; 2) Val. Buona Pazienti Naive Dal 30% Al 70% . Riconosc 50%. 3) Val. Ottima Pazienti Naive > 70%. Riconosc 100 %	N° Pazienti Trattati/ N° Totale Pazienti Naive	U.O.S.V.D Farmacia Clinica E Ufa	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Uosvd Farmacia Clinica E Ufa Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo.		> 75%	> 80%	2
FOR001	Partecipazione Al Corso Sulle Infezioni Ospedaliere	95% Di Adesione Per Singola Uu.Oo	1)Val. Pessima % Adesione < 95% Riconoscimento 0%. 2) Val. Ottima % Adesione >= 95% .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Personale Invitato / Personale Che Ha Partecipato	U.O.S.V.D. Informazione, Comunicazione, Polo Universitario E Formazione	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - For001	FOR001	>95%	>95%	64

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
IND001	Migliorare L'Indicatore Degenzamedia Rispetto Alla Media Delle Asl Pugliesi	Media Regionale Stessa Disciplina E/O Miglioramento Anno Precedente	1 Valutazione Pessima (Peggiora Della Media Regionale E Del Dato Riferito All'Anno Precedente), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Sufficiente (Peggiora Della Media Regionale E Migliore Del Dato Riferito All'Anno Precedente), Riconoscimento 50%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore Della Media Regionale), Riconoscimento 100%; Nella Valutazione Del Risultato Si Terrà Conto Anche Del Peso Medio Dei Ricoveri. Il Dato Regionale Della Degenza Media Ai Fini Del Controllo, Sarà Incrementato Nella Stessa Misura % Di Variazione Del Peso Medio.	Degenza Media Effettiva Rapportata Al Peso Medio Ricoveri	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Disar Nel Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento. Nel Calcolo Si Terrà Conto Anche Del Peso Medio Pertanto Sarà Rapportata La Degenza Media Al Peso Medio		Media Regionale Stessa Disciplina E/O Miglioramento Anno Precedente	Media Regionale Stessa Disciplina E/O Miglioramento Anno Precedente	36
IND002	Migliorare L'Indicatore Peso Medio Ricoveri Rispetto Alla Media Delle Asl Pugliesi	Media Regionale Stessa Disciplina E/O Miglioramento Anno Precedente	1 Valutazione Pessima (Peggiora Della Media Regionale E Del Dato Riferito All'Anno Precedente), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Sufficiente (Peggiora Della Media Regionale E Migliore Del Dato Riferito All'Anno Precedente), Riconoscimento 50%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore Della Media Regionale), Riconoscimento 100%;	Peso Medio Ricoveri	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Disar Nel Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento.		Media Regionale Stessa Disciplina E/O Miglioramento Anno Precedente	Media Regionale Stessa Disciplina E/O Miglioramento Anno Precedente	36
IND003	Migliorare L'Indicatore Percentuale Dimissioni Da Reparti Chirurgici Con Drg Medico Sul Totale Delle Dimissioni In Regime Ordinario Da Reparti Chirurgici	<= 26,65%	1 Valutazione Pessima (Peggiora Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Sufficiente (Peggiora Della Media Regionale E Migliore Del Target Previsto), Riconoscimento 90%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 100%;	Totale Drg'S Medici / Totale Ricoveri	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Disar Nel Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento.		<= 26,65%	<= 26,65%	14

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
IND004	Migliorare L'Indicatore Approprietezza Drg Lea/Drg. Rispetto Alla Media Delle Asl Pugliesi	<= 0,21%	1 Valutazione Pessima (Peggiora Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Sufficiente (Peggiora Della Media Regionale E Migliore Del Target Previsto), Riconoscimento 90%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 100%;	Totale Ricoveri Inappropriati / Totale Ricoveri Ordinari + Totale Ricoveri Day Hospital	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Disar Nel Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento.		<= 0,21%	<= 0,21%	36
IND007	Migliorare L'Indicatore Degenzamediapreoperatoria Rispetto Alla Media Delle Asl Pugliesi	< 1,64	1 Valutazione Pessima (Peggiora Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Sufficiente (Peggiora Della Media Regionale E Migliore Del Target Previsto), Riconoscimento 90%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 100%;	$\sum$ Gg Pre Op / $\sum$ Dimessi	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Disar A Decorrenza Dal Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento.		< 1,64	< 1,64	26
IND009	Migliorare L'Indicatore Percentuale Dimissioni Da Reparti Chirurgici Con Drg Medico Sul Totale Delle Dimissioni In Regime Ordinario Da Reparti Chirurgici. Calcolato Su Tutti I Reparti Chirurgici Del Presidio Relativamente Ai Ricoveri Da Ps	<= 26,65%	1 Valutazione Pessima (Peggiora Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Sufficiente (Peggiora Della Media Regionale E Migliore Del Target Previsto), Riconoscimento 90%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 100%;	Totale Drg'S Medici / Totale Ricoveri	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Disar Nel Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento.		<= 26,65%	<= 26,65%	3
IND010	Efficienza Nell'Erogazione/Approprietezza Organizzativa - Percentuale Ricoveri Diurni Di Tipo Diagnostico Sul Totale Dei Ricoveri Diurni Con Drg Medico	Se Entro Soglia, Trend Stabile O In Diminuzi Su Anno Precedente	1 Valutazione Pessima (Peggiora Del Target Previsto), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Ottima (Migliore Del Target Previsto), Riconoscimento 100%;	$(\sum$ Dimessi Dh Medici Diagnostici / $\sum$ Dh Medici) * 100	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Struttura Ospedaliera, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Disar Nel Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento.		Se Entro Soglia, Trend Stabile O In Diminuzi Su Anno Precedente	Se Entro Soglia, Trend Stabile O In Diminuzi Su Anno Precedente	35

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
IND011	Qualificazione Assistenza Territoriale - Efficacia/Appropriatezza Clinica	Se Entro Soglia, Trend Stabile O In Diminuzi Su Anno Precedente	1 Valutazione Pessima (Peggiora Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Sufficiente (Peggiora Della Media Regionale E Migliore Del Target Previsto), Riconoscimento 90%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 100%;	Ricoveri Ripetuti / Ricoveri Totali	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Struttura Ospedaliera, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Disar Nel Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento.		Se Entro Soglia, Trend Stabile O In Diminuzi Su Anno Precedente	Se Entro Soglia, Trend Stabile O In Diminuzi Su Anno Precedente	1
LAT002	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Rispetto Dei Tempi Medi Di Esecuzione Delle Prestazioni Indicate Nel Sistema Cup Come Da Indicazioni Impartite Dalla Direzione Strategica	Almeno Il 70% Dei Tempi Medi In Linea Con I Tempi Indicati Dalla Direzione Strategica.	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore Al 70 %. Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 70 E Il 90 % . Riconoscimento Percentuale Raggiunta ; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore Al 90%. Riconoscimento 100%;	Numero Di Prestazioni Presenti In Agenda / Numero Di Prestazioni Attese In Relazione Ai Tempi Medi Definiti	R.U.L.A.	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Cup Nel Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento O Nel Primo Bimestre Dell'Anno Successivo.		Almeno Il 70% Dei Tempi Medi In Linea Con I Tempi Indicati Dalla Direzione Strategica.	Almeno Il 70% Dei Tempi Medi In Linea Con I Tempi Indicati Dalla Direzione Strategica.	52
LAT004	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Rispetto Dei Volumi Di Attività Richiesti Dalla Direzione Strategica	Erogazione Volume Prestazioni Richieste Dalla Direzione Strategica	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore Al 80%. Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 80 E L' 85 % . Riconoscimento Proporzionale ; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore Al 95%. Riconoscimento 100%;	Prestazioni Erogate / Prestazioni Richieste	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nei Sistemi Informativi Al 15 Febbraio 2026.		Erogazione Volume Prestazioni Richieste Dalla Direzione Strategica	Erogazione Volume Prestazioni Richieste Dalla Direzione Strategica	52
MNP002	Incremento Degli Interventi Su Fratture Del Collo Del Femore Operate Entro 2 Giorni Dall'Ammissione	>70%	1 Valutazione Pessima (Peggiora Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Sufficiente (Peggiora Della Media Regionale E Migliore Del Target Previsto), Riconoscimento 90%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 100%;	% Fratture Collo Del Femore Operate Entro 2 Giorni Dall'Ammissione / % Fratture Collo Del Femore Operate (Ind. Mes C5.2)	Ucg Su Database Aziendali	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Disar Report H13C		>70%	>70%	6

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
MNP003	Riduzione Parti Cesarei Primari	>70%	1 Valutazione Pessima (Peggiora Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione Sufficiente (Peggiora Della Media Regionale E Migliore Del Target Previsto), Riconoscimento 90%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore Della Media Regionale E Del Target Previsto), Riconoscimento 100%;	Num Parti Cesari Primari / Num Totale Di Parti Con Nessun Progresso Cesareo * 100	Ucg Su Database Aziendali	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Disar Report Pne N.037 / H17C - Parti Cesarei		>70%	>70%	3
MNP050	Garantire Adeguati Volumi Di Attività O Soglie Minime Per Chirurgia Oncologica - Mammella E Relativi Tempi Di Attesa Per Classi Di Priorità	150	1 Valutazione Pessima (Peggiora Deltarget Previsto), Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Ottima (Migliore Del Target Previsto), Riconoscimento 100%;	N. Drg Chirurgici 257 - 260 Correlati Alle Diagnosi Principali Pne E Classi Di Priorità	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il Valore Del Risultato Raggiunto. La Base Dati Utilizzata Sarà Quella Presente Nel Cup Nel Mese Di Dicembre Dell'Anno Di Riferimento O Nel Primo Bimestre Dell'Anno Successivo.		150	150	4
NOR002	Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Rispetto Cronoprogramma Anno In Corso E Pubblicazione Di Tutti Gli Atti Di Competenza. Trasmissione Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Raffaella.Notarietto@Aslbat.it Da Parte Di Ciascuna Struttura Entro Il 31 Gennaio Dell'Anno Successivo A Quello Di Riferimento, Di Una Relazione Indicante Per Ciascun Adempimento E/O Atto Da Pubblicare, Estremi E Data Dei Documenti Attestante L'Esecuzione Delle Attività Richieste. Nota Dg 18032/2022 E S-M-I	Rispetto 100% Attività Previste Dal Piano	1)Val. Pessima "Nessuna Attività Svolta" Riconosc 0%; 2) Val. Scarsa "Svolta Solo Parte Dell'Attività Prevista"; Riconosc % Da Definirsi A Cura Dell'Rpct ; 4)Val. Ottima Rispetto Adempimenti E Termini Fissati Come Da Attestazione Dell'Rpct. Riconosc 100% ;	Adempimenti Portati A Termine	R.P.C.T.	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format TrasMESSO Dal Controllo Di Gestione		Rispetto 100% Attività Previste Dal Piano	Rispetto 100% Attività Previste Dal Piano	10
NOR003	Effettuazione Di Un Programma Per Garantire Che Il Personale Impegnato In Attività Di Controllo Effettui Nel Corso Dell'Anno Almeno Il 50% Dei Controlli In Comuni Diversi Da Quello Di Residenza E/O Lavoro	Controlli Su Comuni Diversi > 30%	1)Val. Pessima < 20% Riconoscimento 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 20,1 % E 40% Riconoscimento 30% 3) Val. Media Fra 30,1 % E 50 % Riconoscimento 85% 4) Val. Ottima >= 50% Riconoscimento 100%	% Di Attività Di Controllo Effettuate In Comuni Diversi Da Residenza E/O Lavoro Rispetto Ai Controlli Effettuati	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Nor003	NOR003	Controlli Su Comuni Diversi > 30%	Controlli Su Comuni Diversi > 30%	6

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
NOR004	Obiettivi Strategici In Materia Di Prevenzione Della Corruzione E Della Trasparenza. Applicazione Dell'Art. 1, Comma 8, Della L.190/2012 Piao Rischi Corruttivi E Trasparenza 2025-2027. Adozione Di Tutte Le Misure Previste Dalla Disposizione Della Direzione Strategica Prot. 6564/2025	Adozione Di Tutte Le Misure Previste Dalla Disposizione Della Direzione Strategica Prot. 6564/2025	1)Val. Pessima. Mancata Adozione Delle Misure Previste Dalla Nota Prot. 6564/2025. Riconoscimento 0%; 2)Val. Sufficiente. Adozione Parziale Delle Misure Previste Dalla Nota Prot. 6564/2025. Riconoscimento % Ponderando Rilevanza Misure Adottate Rispetto A Rilevanza Misure Previste 3)Val. Ottima. Adozione Di Tutte Le Misure Previste. Riconosc 100 %;	Misure Adottate / Misure Da Adottare	R.P.C.T.	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Adozione Di Tutte Le Misure Previste Dalla Disposizione Della Direzione Strategica Prot. 6564/2025	Adozione Di Tutte Le Misure Previste Dalla Disposizione Della Direzione Strategica Prot. 6564/2025	113
PRA001	Predisposizione Di Un Verbale Semestrale Per Ciascun Distretto, Attestante L'Avvenuto Controllo Sull'Inserimento Da Parte Degli Operatori Delle Competenze Accessorie (Es. Gettoni - Adi Ecc) Pagate Ai Convenzionati (Mmg - Pls - Gm - Spec.Amb. Ecc.). Il Verbale Dovrà Indicare Il Nominativo Del Medico Oggetto Di Controllo, Le Voci Stipendiali Verificate, La Correttezza Del Pagamento Effettuato E La Relativa Corrispondenza Con La Documentazione Cartacea Di Supporto. Nel Corso Delle 2 Ispezioni Annuali, Dovranno Essere Controllati Dal 10% Al 20% Di Tutti I Professionisti (Es. Verificare Il 10 % Dei Medici In Ciascun Semestre).	2 Verbali Per Ciascun Distretto	1)Val. Pessima Mancanza Dei Verbali O Verbali In Numero Inferiore A Quanto Indicato Ai Successivi Punti. Riconoscimento 0%; 2) Val. Media Almeno Il 1 Verbale Per Ciascun Distretto Dal Quale Si Evinca Il Rispetto Delle % Fissate. Riconoscimento 60%; 3) Val. Ottima Presenza Dei 2 Verabli Semestrali Dai Quali Si Evinca Il Rispetto Delle % Targetriconoscimento 100%;	Verbale Attestante Gli Esiti Delle Verifiche Effettuate	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		2 Verbali Per Ciascun Distretto	2 Verbali Per Ciascun Distretto	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
PRA006	Istituzione Di Un Sistema Di Monitoraggio Dei Pazienti Ricoverati Presso Strutture Esterne A Pagamento, Finalizzato A Rilevare Per Ciascun Paziente Informazioni Finalizzate Al Monitoraggio Del Costo In Bilancio. Invio Del Database Entro Il 31 Luglio E 31 Gennaio Anno Successivo	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	1)Val. Pessima Mancata Alimentazione Db Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Valutazione Ottima Alimentazione Db. Riconoscimento 100%.	Alimentazione Di Un Database Che Consenta Di Monitorare La Presenza Di Ns. Assistenti Presso Strutture Sanitarie Esterne E Quantificare Il Costo Di Tale Assistenza, Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascun Assistito Le Seguenti Informazioni: 1) Data Iniziale Di Manifestazione Del Fabbisogno; 2) Tipologia Di Assistenza Di Cui Il Paziente Necessita; 3) Data Di Effettivo Inserimento Nella Struttura 4) Durata Autorizzata Del Ricovero 5) Struttura Presso La Quale È Stato Disposto Il Ricovero; 6) Costo Giornaliero Di Assistenza O Costo Medio Stimato Ove L'Addebito Non È Strettamente Correlato Alle Giornate Di Degenza.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra006	PRA006	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	10
PRA007	Monitoraggio Costante Tempi Di Esecuzione Delle Singole Fasi Procedurali	Corretta Alimentazione Db Reclutamento	1)Val. Pessima Rilevazione Non Effettuata O Inferiore A Quanto Previsto Al Successivo Punto 2 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Buona Invio Invio Di Almeno 2 Report Quadrimestrali. Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima Invio Di Tutti Di Db Richiesti . Riconoscimento 100%	Elaborazione E Trasmissione Alla Direzione Strategica, Entro La Fine Di Ciascun Quadrimestre , Di Un Report Che Definisca Per Ciascuna Procedura Concorsuale / Avviso Pubblico Non Ancora Completata (Priva Di Delibera Di Approvazione Graduatoria), Lo Stato Di Avanzamento Delle Singole Attività Svolte Ivi Comprese Le Eventuali Correzioni Intervenute A Medio Termine Secondo Le Priorità Indicate Dalla Direzione Strategica.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Corretta Alimentazione Db Reclutamento	Corretta Alimentazione Db Reclutamento	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnate e Obiettivo
PRA010	Rispetto Di Almeno L'80% Delle Procedure Programmate E Validate Dalla Direzione Strategica	> 80%	1)Val. Pessima Realizzazione Cronoprogramma < =80% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Realizzazione Cronoprogramma > 80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Procedure Espletate / Procedure Individuate Da Cronoprogramma	Direzione Amministrativa	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Formato Trasmissione Dal Controllo Di Gestione		> 80%	> 80%	1
PRA013	Riduzione Dei Tempi Di Registrazione Delle Fatture	Registrazione Fatture Entro 7 Gg	1)Val. Pessima < 70% Fatture Registrate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Media Fra 70% E 95% Fatture Registrate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 8,5 Giorni Riconosc % ;3)Val. Ottima > 95% Fatture Registrate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 7,5 Giorni Riconosc 100% ;;	Registrazione Delle Fatture Entro 7 Giorni Dal Ricevimento	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra013	PRA013	Registrazione Fatture Entro 7 Gg	Registrazione Fatture Entro 7 Gg	1
PRA014	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento Delle Fatture	Pagamento Fatture Entro 7 Gg Dalla Data Di Liquidazione	1)Val. Pessima < 70% Fatture Pagate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Media Fra 70% E 95% Fatture Pagate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 8,5 Giorni Riconosc % ;3)Val. Ottima > 95% Fatture Pagate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 7,5 Giorni Riconosc 100% ;;	Pagamento Delle Fatture Entro 7 Giorni Dal Ricevimento Dell'Atto Di Liquidazione E Comunque Entro I Termini Di Legge	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra014	PRA014	Pagamento Fatture Entro 7 Gg Dalla Data Di Liquidazione	Pagamento Fatture Entro 7 Gg Dalla Data Di Liquidazione	1
PRA015	Monitoraggio Trimestrale Sulle Fatture Non Liquidate	Monitoraggio Trimestrale Fatture Non Pagate	1)Val. Pessima Nessun Report Inviato Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Inviati Almeno 2 Report Riconosc 30% ;3)Val. Media Inviati Almeno 3 Report Riconosc 60% ;4)Val. Ottima Inviati Tutti E 4 I Report Riconosc 100% ;;	Trasmissione Entro Il Giorno 15 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Di Un Report A Ciascun Centro Di Liquidazione, Contenenete Fatture Non Liquidate Con Separata Evidenza Delle Fatture Bloccate.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra015	PRA015	Monitoraggio Trimestrale Fatture Non Pagate	Monitoraggio Trimestrale Fatture Non Pagate	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
PRA018	Predisposizione Entro Entro 60 Gg Dall'Assegnazione Degli Obiettivi, D'Intesa Con La Direzione Strategica Su Ciascun Finanziamento Del Cronoprogramma Di Attuazione (Ad Eccezione Degli Interventi Pnrr). Relazione Trimestrale Sullo Stato Di Attuazione Rispetto Al Cronoprogramma Concordato Con La Direzione Strategica: Attuazione Superiore Ad 80%	>80%	1)Val. Pessima Realizzazione Cronoprogramma < =80% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Realizzazione Cronoprogramma > 80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Di Realizzazione Cronoprogramma Definito	Direzione Amministrativa	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Pra018	PRA018	>80%	>80%	5
PRA019	Garantire La Tempestiva Alimentazione Del Registro Cespiti In Relazione Agli Incrementi Registrati Nella Contabilità Generale Con Riferimento Alle Voci Di Propria Competenza.	1	1)Val. Pessima < 100% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima = 100% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Elaborazione Entro Il 31/03/Anno Corrente E 31/03/Anno Successivo Di Un Report Di Quadratura Rispettivamente Al 31/12/Anno Precedente E 31/12/Anno Corrente.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Pra019	PRA019	1	1	1
PRA022	Tempestiva Alimentazione Di Un Sistema Informativo Finalizzato A Monitorare Le Attività Nei Confronti Del Personale Dipendente Sottoposto A Sorveglianza (Visite Con Data E Validità, Inidoneità Ecc.). Invio Quadrimestrale Del Db All'Area Personale.	Invio Quadrimestrale Report Area Personale	1)Val. Pessima Report Non Inviato Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona, Invio Di Almeno 2 Report Riconoscimento 75%; 3) Val. Ottima Invio Dei 3 Report Riconoscimento 100%	Invio Reportistica	S.Comp. - Direzione Area Gestione Personale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Pra022	PRA022	Invio Quadrimestrale Report Area Personale	Invio Quadrimestrale Report Area Personale	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnate e Obiettivo
PRA024	Monitoraggio Fabbisogno Assistenziale Attraverso Una Rilevazione Che Consenta Di Monitorare I Fabbisogni Assistenziali Dei Pazienti Afferenti Alla Struttura Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascun Assistito Le Seguenti Informazioni: 1) Data Iniziale Di Manifestazione Del Fabbisogno; 2) Tipologia Di Assistenza Di Cui Il Paziente Necessita; 3) Data Di Effettiva Presa In Carico; 4) Stima Media Di Fabbisogno Assistenziale Mensile Per Ciascun Paziente Espressa In Ore E Relativa Ai Soli Fabbisogni Da Soddisfarsi All'Interno Delle Strutture Asl; 5) Durata Stimata In Mesi Del Fabbisogno Assistenziale;	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	1)Val. Pessima Mancata Alimentazione Db Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Valutazione Ottima Alimentazione Db. Riconoscimento 100%.	Esistenza Del Db	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra024_25_26	PRA024_25_26	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	1
PRA025	Monitoraggio Del Fabbisogno Assistenziale Dei Pazienti Afferenti Alla Struttura Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascun Assistito Le Seguenti Informazioni: 1) Data Iniziale Di Manifestazione Del Fabbisogno; 2) Tipologia Di Assistenza Di Cui Il Paziente Necessita; 3) Data Di Effettiva Presa In Carico; 4) Stima Media Di Fabbisogno Assistenziale Mensile Per Ciascun Paziente Espressa In Ore E Relativa Ai Soli Fabbisogni Da Soddisfarsi All'Interno Delle Strutture Asl; 5) Durata Stimata In Mesi Del Fabbisogno Assistenziale	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	1)Val. Pessima Mancata Alimentazione Db Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Valutazione Ottima Alimentazione Db. Riconoscimento 100%.	Esistenza Del Db	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra024_25_26	PRA024_25_26	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	1
PRA026	Monitoraggio Delle Liste Di Attesa Per Assistenza Residenziale E Semi-Residenziale (H24, H12, Diurna, Gruppi Appartamento) Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascun Assistito Le Seguenti Informazioni: 1) Data Iniziale Di Manifestazione Del Fabbisogno; 2) Tipologia Di Assistenza Di Cui Il Paziente Necessita; 3) Data Di Effettiva Presa In Carico; 4) Stima Media Di Fabbisogno Assistenziale Mensile Per Ciascun Paziente Espressa In Ore E Relativa Ai Soli Fabbisogni Da Soddisfarsi All'Interno Delle Strutture Asl; 5) Durata Stimata In Mesi Del Fabbisogno Assistenziale;	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	1)Val. Pessima Mancata Alimentazione Db Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Valutazione Ottima Alimentazione Db. Riconoscimento 100%.	Esistenza Del Db	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra024_25_26	PRA024_25_26	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	Alimentazione Database Monitoraggio Pazienti	2

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
PRA028	Veffifica Sull'Appropriatezza Delle Prestazioni Domiciliari Ex. Art. 26 L. 833/78 Erogate Dalle Strutture Private Accreditate Insistenti Sul Territorio Asl Bt	0,15	1)Val. Pessima < 15% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima >= 15% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto. Il Calcolo % Sara' Effettuato Per I Soli Mesi Del 2021 In Cui Ci Sara' La Regolare Ripresa Delle Attivita'	Numero Utenti Sottoposti A Richiesta Di Proroga Del Trattamento Da Parte Dell'Erogatore	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra028	PRA028	0,15	0,15	1
PRA032	Definizione In Cvs Entro Il 31/12/25 Del 100% Dei Casi Pendenti Anno 2024.	95% Dei Casi Pendenti Anno Precedente	1) Pessima: Valutazione Casi Definiti / Casi Da Definire < 95% . Nessun Riconoscimento. 2) Ottima : Valutazione Casi Definiti / Casi Da Definire Maggiore Del 95% . Riconoscimento 100%	Casi Definiti / Casi Da Definire	Ucg Su Database Aziendali	L'Ucg Sulla Scorta Del Report Predisposto Dal Coordinamento Cvs Procedera' A Calcolare Il Raggiungimento Dell'Obiettivo		100% Dei Casi Pendenti Anno Precedente	100% Dei Casi Pendenti Anno Precedente	1
PRA033	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Predisposizione E Invio All' Rptc Con Periodicita' Mensile, Dell'Elenco Su File Excel Degli Atti Deliberativi Adottati Relativamente A (1- Elenco Delibere Approvazione Graduatoria Concorso - 2 Elenco Delibere Approvazione Graduatoria Avviso Pubblico - 3 Elenco Delibere Aggiudicazione Di Gara) Necessarie All'Estrazione Degli Atti Da Verificare	Invio Mensile Dei File Con Atti Deliberativi Per Tipologia	1)Val. Ottima Invio Di Tutti I File Excel A Decorrenza Dal Giorno 5 Del Secondo Mese Successivo A Quello Di Assegnazione Della Scheda Di Budget, Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 100%; 2) Val. Sufficiente Invio Non Inferiore Al 70% Arrotondato Per Difetto Dei File Da Inviare Con Un Ritardo Complessivo Di Giorni Non Superiore A 60 Gg E Calcolato Su Tutti Gli Invii . Riconoscimento 60%; 3) Valutaz. Scarsa. Invio Inferiore Al 70% E/O Invio Con Ritardi Complessivi Per Tutti Gli Invii Superiori A 60 Gg. Riconoscimento 0%	Invio Mensile File Excel	R.P.C.T.	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format TrasMESSO Dal Controllo Di Gestione		100% Dei Casi Pendenti Anno Precedente	100% Dei Casi Pendenti Anno Precedente	1
PRA034	Eseguire Entro Il 30 Novembre Nr.1 Ispezioni Presso Ciascuna U.O Del Presidio Che Si È Approvvigionata Di Materiale Sanitario , Per Verificare La Coerenza Delle Dotazioni Interne Di Farmaci E Materiale Sanitario E La Loro Corretta Conservazione.	Almeno 80% Di Strutture Verificate	1) Valutazione Pessima < 60% Delle Strutture Verificate Riconoscimento 0; 2) Valutazione Buona Fra 60 E 90% Riconoscimento %; 3) Valutaz Ottima > 90% Rico 100%.	Verbali Fatti	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra034	PRA034	Almeno 80% Di Strutture Verificate	Almeno 80% Di Strutture Verificate	3
PRA063	Elaborazione Reportistica Quadrimestrale Contenente Principali Dati Economici E Di Attivita' Per Ciascun Centro Di Responsabilita'	Invio Di Almeno 2 Reportistiche Annuali	1)Val. Pessima. Meno Di 2 Invii Nel Corso Dell'Anno Riconosc 0% ; 2) Val. Buona Invio Di Almeno 2 Report Riconosc 75% ; 5)Val. Ottima Invio Dei 3 Report Riconosc 100% )	Reportistiche Elaborate Ed Inviaie Ai Centri Di Responsabilita'	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Di Almeno 2 Reportistiche Annuali	Invio Di Almeno 2 Reportistiche Annuali	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
PRA064	Verifica Infrannuale Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, Con Predisposizione Di Una Relazione Da Trasmettere Alla Direzione Strategica Che Evidenzia Anche I Principali Dati E Indicatori Di Attivita' Ed Economici	Invio Relazione Infrannuale Su Andamento Performance	1)Val. Pessima. Nessuna Relazione Inviata Riconosc 0% ; 2) Val. Ottima Relazione Inviata Riconosc 100% )	Relazione Inviata Alla Direzione Strategica Aziendale	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utile Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Relazione Infrannuale Su Andamento Performance	Invio Relazione Infrannuale Su Andamento Performance	1
PRA066	Definizione Dei Capitolati Tecnici Entro 30 Giorni Dalla Richiesta Da Parte Dell'Area Patrimonio E Valutazioni Offerte Tecniche Per Aggiudicazione Delle Offerte Economicamente Piu' Vantaggiose Entro 30 Giorni Dall'Invito Formulato Dall'Area Patrimonio. Il Rifiuto Non Motivato Sarà Conteggiato Come Attività Effettuata In 65 Giorni E Concorrerà Al Calcolo Della Media	Rispetto Tempistiche Indicate	1)Val. Pessima > 60 Gg Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 30 Gg E 60 Gg Riconoscimento Del 50% Del Peso Previsto 3) Val. Ottima <= 30Gg . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Durata Media = Giorni Data Richiesta - Giorni Data Completamento Attività Per Ciascuna Richiesta (Predisposizione Di Capitolato, Valutazione Offerta Tecnica) / Numero Di Richieste	S.Comp. - Direzione Area Gestione Patrimonio	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format TrasMESSO Dal Controllo Di Gestione		Rispetto Tempistiche Indicate	Rispetto Tempistiche Indicate	108
PRA068	Comunicazione Preventiva Per Interventi In Elezione Delle Schede Di Impianto Nel Rispetto Delle Indicazioni, Procedure E Modulistiche Che Saranno Elaborate Dal Dipartimento Farmaceutico..	Rispetto Delle Procedure	1)Val. Pessima Mancato Rispetto Delle Procedure. Riconosc 0% ; 2) Val. Ottima Rispetto Della Procedura . Riconosc 100%	Rispetto Delle Procedure	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format TrasMESSO Dal Controllo Di Gestione		Rispetto Delle Procedure	Rispetto Delle Procedure	7
PRA069	Prescrizione Farmaci In Edotto Dopo Visita Ambulatoriale Relativamente Alle Branche Di (Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Dermatologia)	Prescrizioni Effettuate Tramite Edotto	1)Val. Pessima. Prescrizioni Assenti O In Numero Irrilevante Avvio 0% ; 3) Val. Ottima Prescrizioni Presenti In Numero Congruo. Riconosc 100% )	Numero Di Prescrizioni Effettuate Dai Servizi Interessati	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format TrasMESSO Dal Controllo Di Gestione		Prescrizioni Effettuate Tramite Edotto	Prescrizioni Effettuate Tramite Edotto	5
PRA070	Utilizzo Di Oncosys Per Le Prescrizioni Chemioterapici	>80%	1)Val. Pessima. Inserimenti < 70%. Riconosc 0% ; 2) Valutazione Buona. Inserimento Dal 70% Al 90% . Riconosc % 3) Val. Ottima Inserimento > 90%. Riconosc 100 %	N°Prescrizioni Inserite/N°Prescrizioni Effettuate	U.O.S.V.D Farmacia Clinica E Ufa	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Struttura Preposta Alla Valutazione, Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo.		1	1	3

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
PRA071	Invio Della Comunicazione Alla Controparte Entro 20 Giorni Dall'Approvazione Del Verbale Cvs Da Parte Della Direzione Aziendale	< 21 Gg	1) Val. Pessima Durata Media Gg Avvio Trattative > 30 Gg. Riconoscim 0%. 2) Val. Buona Durata Media Gg Avvio Trattative Ricompresa Fra 21 E 30 Gg. Riconoscim 80% 3) Val. Ottima Durata Media Gg Avvio Trattative <= 21 Gg. Riconoscim 100%	Data Approvazione Verbale - Data Avvio Trattativa	U.O.S.V.D. Medicina Legale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		< 21 Gg	< 21 Gg	1
PRA072	Predisposizione Entro Entro 60 Gg Dall'Assegnazione Degli Obiettivi, D'Intesa Con La Direzione Strategica Del Cronoprogramma Di Attuazione. Relazione Trimestrale Sullo Stato Di Attuazione Rispetto Al Cronoprogramma Concordato Con La Direzione Strategica: Attuazione Superiore Ad 80%	> 80%	1)Val. Pessima Realizzazione Cronoprogramma < =80% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Realizzazione Cronoprogramma > 80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Di Realizzazione Cronoprogramma Definito	Direzione Amministrativa	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		> 80%	> 80%	1
PRA077	Attivazione E Invio Entro La Fine Di Ciascun Trimestre, Del Registro Controlli Su Fac-Simile Concordato Ucg.	Invio Trimesrale Registro Dei Controlli	1)Val. Pessima. Meno Di 3 Invi Riconosc 0% ; 2) Val. Buona Invio Di Almeno 3 Report . Riconosc 70% ) 3) Val. Ottima Invio Dei 4 Report . Riconosc 100% )	Invio Reportistica Trimestrale	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra077	PRA077	Invio Trimesrale Registro Dei Controlli	Invio Trimesrale Registro Dei Controlli	1
PRA078	Tempestività Dei Tempi Di Approvazione Delle Delibere Di Adesione Alle Gare In Unione D'Acquisto E/O Centralizzate	< 30 Gg	1) Ottimo Se Temp <= A 20 Giorni Lav Rico 100% ; Media Se Compresa Fra 20 E 30 Giorni Lav Ricon 75%; Pessima Se > A 30 Giorni Lav Riconosc 0%	Somma Gg Decorrenti Da Data Comunicazione Fabbisogno A Data Invio In Direzione Atto Deliberativo / Numero Di Atti	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		< 30 Gg	< 30 Gg	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
PRA079	Definizione Di Un Modello Finalizzato Ad Acquisire Dai Centri Autorizzati Le Stime Per La Redazione Del Bilancio Preventivo Supportate Anche Dalle Informazioni Su Contratti In Esser	Invio Reportistica Nei Termini Previsti	1)Val. Ottima. Trasmissione Via Mail Alla Direzione Strategica Entro Il 10 Dicembre Ovvero Nei 20 Gg Precedenti Al Termine Per L'Approvazione Del Previsionale Di Un Report Excel Con Analisi Sui Singoli Conti Di Contabilità Dettagliati Per Fornitore E Con Informazioni Sui Contratti In Essere E Importi Previsti. Riconosc 100%; 2) Val. Buona. Val. Ottima. Trasmissione Via Mail Alla Direzione Strategica Entro Il 20 Dicembre Ovvero Nei 10 Gg Precedenti Al Termine Per L'Approvazione Del Previsionale Di Un Report Excel Con Analisi Sui Singoli Conti Di Contabilità Dettagliati Per Fornitore E Con Informazioni Sui Contratti In Essere E Importi Previsti. Riconosc 60% 2) Val. Pessima. Trasmissione Alla Direzione Strategica Oltre I Termini Di Cui Al Precedente Punto 2 Di Quanto Richiesto. Riconosc 0%. Nella Valutazione Si Terrà Comunque Conto Della Completezza Del Report Trasmesso.	Elaborazione Di Un Report Che Evidenzi Per Ciascun Conto E Fornitore L'Andamento Del Costo Nell'Esercizio In Corso Per Singolo Mese, Con Informazioni Necessarie A Stimare Il Ce Previsionale (Contratti, Attivazioni In Corso D'Anno Ecc.)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Reportistica Nei Termini Previsti	Invio Reportistica Nei Termini Previsti	1
PRA080	Liquidazione Delle Fatture Ricevute A Decorrere Dal 1° Gennaio Dell'Anno Corrente Nei Termini Fissati Dai Contratti Stipulati Con Gli Operatori E In Assenza Entro 40 Giorni Dalla Data Di Assegnazione Della Fattura Alla Struttura.	Rispetto Dei Tempi Di Pagaemnto Previsti Dalla Normativa Vigente	1)Val. Pessima < 80% Delle Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 0%; 2)Val. Media Fra 80% E 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 50%; 3)Val. Ottima > 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 100%;	Rispetto Dei Tempi Di Pagamento	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Rispetto Dei Tempi Di Pagaemnto Previsti Dalla Normativa Vigente	Rispetto Dei Tempi Di Pagaemnto Previsti Dalla Normativa Vigente	1
PRA083	Invio Alla Direzione Strategica Entro La Fine Di Ciascun Quadrimestre, Di Un Documento Con La Programmazione Degli Interventi E Attività Collegate Al Pnrr Dal Quale Si Possa Evincere L'Attività Da Svolgere Nel Rispetto Della Programmazione Regionale E I Risultati Raggiunti Dalla Data.	Invio Reportistica Nei Termini Previsti	1)Val. Pessima Mancato Invio Del Report E/O Mancato Rispetto Del Programma Stabilito Dalla Regione. Riconosc 0%; 2)Val. Ottima Rispetto Dei Termini Per L'Invio E Rispetto Delle Attività Programmate A Livello Regioale. Riconosc. 100%	Rispetto Del Programma Definito A Livello Regionale	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Reportistica Nei Termini Previsti	Invio Reportistica Nei Termini Previsti	5

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
PRA084	Invio Alla Direzione Strategica Entro La Fine Di Ciascun Quadrimestre, Di Un Documento Attestante Tutti Gli Adempimenti Amministrativi Posti In Essere Nel Rispetto Delle Indicazioni E Di Quanto Previsto Dai Piani Regionali	Invio Reportistica Nei Termini Previsti	1)Val. Pessima Mancato Invio Del Documento E/O Mancato Rispetto Del Programma Stabilito Dalla Regione. Riconosc 0% ;2)Val. Ottima Rispetto Dei Termini Per L'invio E Rispetto Delle Attività Programmate A Livello Regionale. Riconosc. 100%	Rispetto Del Programma Definito A Livello Regionale	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Reportistica Nei Termini Previsti	Invio Reportistica Nei Termini Previsti	1
PRA093	Trasmissione Della Documentazione Per La Predisposizione Del Piao E Della Relazione Sulla Gestione Per Quanto Di Competenza.	Rispetto Dei Termini Indicati	1)Val. Pessima Attività Non Svolta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Attività Svolta .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Invio Rispettivamente Entro Il 31/12/2025 (Piao 26-28) (Documentazione Piao) E 28/02/2026 (Bilancio 2025)(Relazione Sulla Gestione). I Termini Terranno Conto Di Eventuali Slittamenti Non Imputabili Alla Struttura.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pra093	PRA093	Rispetto Dei Termini Indicati	Rispetto Dei Termini Indicati	9
PRA095	Definizione Dei Capitolati Tecnici Entro 30 Giorni (60 Giorni Per I Capitolati Di Elevata Complessità) Dalla Richiesta Da Parte Dell'Area Patrimonio E Valutazioni Offerte Tecniche Per Aggiudicazione Delle Offerte Economicamente Più Vantaggiose Entro 30 Giorni Dall'Invito Formulato Dall'Area Patrimonio. Il Rifiuto Non Motivato Sarà Conteggiato Come Attività Effettuata In 65 Giorni E Concorrerà Al Calcolo Della Media	< 30/60Gg	1)Val. Pessima > 60 Gg Dei Termini Stabiliti. 2) Val. Ottima Entro I Termini Stabiliti. . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Durata Media Esecuzione Attività Richieste	S.Comp. - Direzione Area Gestione Patrimonio	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmeso Dal Controllo Di Gestione		< 30/60Gg	< 30/60Gg	5
PRA099	Monitoraggio Trimestrale Sulle Fatture Non Liquidate	Invio Reportistica Nei Termini Previsti	1)Val. Pessima Nessun Report Inviato Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Inviati Almeno 2 Report Riconosc 30% ;3)Val. Media Inviati Almeno 3 Report Riconosc 60% ;4)Val. Buona Inviati Tutti E 4 I Report Con Un Ritardo Annuo Nelle Trasmissioni Non Superiore A 30 Giorni Riconosc 85% ;5)Val. Ottima Inviati Tutti E 4 I Report Con Un Ritardo Annuo Nelle Trasmissioni Complessivamente Non Superiore A 20 Giorni Riconosc 100%;	Trasmissione Entro Il Giorno 15 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Di Un Report Riepilogativo A Ciascun Centro Di Liquidazione E Alla Direzione Amministrativa, Contenenete Il Raffronto Tra Fatture Sollecitate Nel Precedente Trimestre E Fatture Ancora Aperte Nei Tre Mesi Dal Sollecito	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Invio Reportistica Nei Termini Previsti	Invio Reportistica Nei Termini Previsti	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnate e Obiettivo
PRA101	Elaborazione E Trasmissione Entro Il Giorno 20 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestrale Alla Direzione Strategica, Del Report Di Monitoraggio Degli Importi Contrattualizzati Con Le Strutture Private Secondo Schema Condiviso Con La Direzione Strategica.	Monitoraggio Trimestrale Fondi	1)Val. Pessima. Report Non Trasmessi Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Invio Di Report Incompleti O Fuori Dai Termini Previsti Riconosc 20% ;3)Val. Ottima Invio Nei Termini E Con Le Modalità Concordate Dei Report Riconosc 100% ;;	Invio Reportistica	Direzione Amministrativa	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		Monitoraggio Trimestrale Fondi	Monitoraggio Trimestrale Fondi	1
PRA110	Allineamento Trimestrale Fra Giacenze Fisiche Presenti In Reparto E Giacenze Contabili Rilevate Da Armadietto (Inventario)	Inventario Trimestrale	1)Val. Pessima < 4 Inventari , Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona. Almeno 3 Inventari (Compreso Quello Al 31/12). Riconoscimento 70 % Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima. 4 Inventari.Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Numero Inventari	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	Verifica Nel Sistema Informativo Moss L'Esistenza Della Scrittura Inventariale Trimestrale.		4 Inventari Annali	4 Inventari Annali	63
PRA111	Chiusura Delle Sdo Entro 40 Giorni Dalla Fine Del Mese Di Dimissione.	Inferiori Al 5% In Corso D'Anno E 0% Sdo Annuali	1)Val. Pessima < 4 Inventari , Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona. Almeno 3 Inventari (Compreso Quello Al 31/12). Riconoscimento 70 % Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima. 4 Inventari.Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Sdo Non Validate / Sdo Validate	Ucg Su Database Aziendali	L'Ufficio Ucg Elaborerà In Corso D'Anno Verifiche A Campione		Inferiori Al 5% In Corso D'Anno E 0% Sdo Annuali	Inferiori Al 5% In Corso D'Anno E 0% Sdo Annuali	35
PRE002	Sottoporre A Visita Il Personale Senza Visita O Con Visita Scaduta	>= 80%	1)Val. Pessima % Inferiore Del 70% Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona % Fra 70% E 90% Riconoscimento Proporzionale 3) Val. Ottima % > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Dipendenti Con Certificato In Corso Di Validità / % Dipendenti In Servizio	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pre002	PRE002	>= 80%	>= 80%	1
PRE003	Presenza In Carico Del Paziente Affetto Da Lupopatia	0,89	1)Val. Pessima % < 60% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media % Compresa Fra Il 60% E L'89% Riconoscimento % 3) Val. Ottima % > 89% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Pazienti Presi In Carico	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pre03_04	PRE03_04	0,89	0,89	1
PRE004	Presenza In Carico Del Paziente Affetto Da Altre Dipendenze Patologiche (Es. Alcolismo, Tossicodipendenza Ecc.)	0,89	1)Val. Pessima % < 60% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media % Compresa Fra Il 60% E L'89% Riconoscimento % 3) Val. Ottima % > 89% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Pazienti Presi In Carico	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Pre03_04	PRE03_04	0,89	0,89	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
PRE005	Contenzioso In Tema Di Responsabilità Civile: Partecipazione Ctu, Atp E Relazioni Medico Legali	> 80%	1)Val. Pessima Nr. Richieste Evase < 80 % Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Nr. Richieste Evase Compreso Fra 80% E 95% Riconoscimento Proporzionale Del Peso Previsto.2) Val. Ottima Nr. Richieste Evase > 95% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	N° Di Richieste Evase/N° Di Ctp Richieste	U.O.S.V.D. Burocratico - Legale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		> 80%	> 80%	1
PRE006	Numero Di Referti Di Biologia Molecolare Per L'Oncologia Erogati All'Anno	> 80%	1)Val. Pessima < 80% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 80% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Erogate	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		> 80%	> 80%	1
PRE007	Mantenimento Delle Prestazioni Rese Tramite Realizzazione Di Piani Di Trattamento Con Tecnica Conformazionale Per L'Unità Operativa Di Radioterapia	>80%	1)Val. Pessima > 80% Riconosc 0% ; 2) Val. Buona Fra - 80% E 90% Riconosc 70% ; 3)Val. Ottima > 90 % Riconosc 100% .	Numero Dei Piani Di Trattamento Di Radioterapia Conformazionali Eseguiti/Numero Dei Piani Di Trattamento Conformazionali Richiesti Dalla U.O. Di Radioterapia	S.Comp. P.O. Barletta - Radioterapia	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		>80%	>80%	1
PRE008	Miglioramento Delle Prestazioni Rese Tramite Realizzazione Di Piani Di Trattamento Con Tecniche Speciali (Imrt E/O Rapid Arc) Per L'Unità Operativa Di Radioterapia	>80%	1)Val. Pessima > 80% Riconosc 0% ; 2) Val. Buona Fra - 80% E 90% Riconosc 70% ; 3)Val. Ottima > 90 % Riconosc 100% .	Numero Dei Piani Di Trattamento Di Radioterapia Con Tecniche Speciali (Imrt, Rapidarc) Eseguiti / Numero Dei Piani Di Trattamento Con Tecniche Speciali (Imrt, Rapidarc) Richiesti Dalla U.O. Di Radioterapia	S.Comp. P.O. Barletta - Radioterapia	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		>80%	>80%	1
PRE009	Mantenimento Dell'Attività Di Verifica Dei Limiti Dosimetrici Di Dimissione Per I Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica	1	1)Val. Pessima < 100% Riconosc 0% ; 2) ; 2)Val. Ottima = 100% Riconosc 100% .	Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica Sottoposti A Valutazione Dosimetrica / Sdo Drg 409	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		1	1	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
SCR002	Chiusura Delle Schede Pz Inviati Ad Approfondimento	Completamento Delle Schede Pz Di 2 Livello Entro 4 Mesi Dall'Invio Ad Approfondimento	1 Scarso <50% Entro 4 Mesi, Riconoscimento 0%; 2 Refertazione Fra 50-80% Entro 4 Mese, Riconoscimento %; 3 Refertazione > 80% Entro 4 Mese, Riconoscimento 100%	Verifica Completamento Schede Sirs	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	4
SCR003	Garantire I Secondi Livelli Presso Il Pta Di Trani Ed I Terzi Livelli, Tipo Conizzazioni In Ambiente Protetto, Presso Le Uu.Oo. Di Competenza, Nei Numeri Richiesti Dal Centro Screening.	100% Delle Prestazioni Richieste, Entro 1 Mese Dalla Richiesta	1 Ottimo Se 100% Delle Prestazioni Richieste, Entro 1 Mese Dalla Richiesta, Riconoscimento 100%; 2 Insufficiente < 100% Delle Prestazioni Richieste, Entro 1 Mese Dalla Richiesta, Riconoscimento 0%	Verifica Esecuzione Prestazioni Richieste	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	3
SCR004	Organizzare Almeno Un Evento Informativo/Divulgativo Sullo Screening Sul Territorio Di Competenza A Trimestre (Mmg, Gruppi Di Popolazione Mirati, Etc)	Numero Di Eventi Organizzati	1 Ottimo 4 Eventi Organizzati, Riconoscimento 100%; 2 Buono Almeno 3 Eventi Organizzati, Riconoscimento 70%; 3 Scarso <3 Eventi Organizzati, Riconoscimento 0%;	Numero Eventi Organizzati	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	5
SCR005	Chiusura Delle Schede Pz Affette Da K Mammella E Provenienti Dallo Screening Inviati Al Terzo Livello	Numero Di Schede Chiuse	1 Scarso <50% Schede Chiuse Entro 1 Mese Dall'intervento, Riconoscimento 0%; 2 Buono Schede Chiuse Entro 1 Mese Dall'intervento Fra 50-80%, Riconoscimento %; 3 Ottimo Schede Chiuse > 80% Entro 1 Mese Dall'intervento, Riconoscimento 100%	Numero Di Schede Chiuse Sirs	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	4

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
SCR020	Garantire Ore Annuo Di Attività Screening Per Ogni Ostetrica E Infermiera Sufficienti A Raggiungere Un'Estensione Del 100% Ed Un'Adesione Richiesta Dalla Dgr Che Definisce Gli Obiettivi Di Mandato Del Dg. Per L'Anatomia Patologica Indicatore È Dato Dalle Prestazioni Erogate/Prestazioni Richieste.	Agende Per Prestazioni Garantite	1)Val. Pessima < 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Eseguite / Prestazioni Richieste	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	6
SCR021	Garantire L'Erogazione Del 100% Delle Prestazioni Richieste, Finalizzate Al Raggiungimento Dell'Estensione Del 100%, E La Chiamata Delle Mx Ad 1 Anno E Dei Follow Up Maturati Nell'Anno.	Prestazioni Eseguite	1)Val. Pessima < 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Eseguite / Prestazioni Richieste	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	4
SCR021BIS	Garantire Ore Annuo Di Attività Screening Sufficienti Ad Eseguire Gli Esami Rinveninti Dal I Livello Dello Scerening Della Mammella	Prestazioni Eseguite	1)Val. Pessima < 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Eseguite / Prestazioni Richieste	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	1
SCR022	Garantire Ore Di Attività Medica Ed Infermieristica Per Eseguire Colonscopie Su Tutti I Casi Positivi E Tutti Follow-Up Maturati Nell'Anno	Prestazioni Eseguite	1)Val. Pessima < 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Eseguite / Prestazioni Richieste	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	2

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnate e Obiettivo
SCRO22BIS	Refertazione Di Tutte Le Biopsie Richieste Da Il Livello Di Screening Colon Retto	Prestazioni Eseguite	1)Val. Pessima < 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Eseguite / Prestazioni Richieste	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	1
SCRO23	Esecuzione Test Di Screening Hcv	Min 450 Test Di I Livello/Anno Registrati Su Iris Dal Centro Erogatore	1 Scarso <70% Test Effettuati, Riconoscimento 0%; 2 80% Test Effettuati, Riconoscimento 90%; 3 Test Effettuati > 90%, Riconoscimento 100%	Totale N. Di Test Effettuati Per Centro Erogatore (Fonte Iris)	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	4
SCRO23A	Esecuzione Test Di Screening Hcv	Inserimento Su Iris Del Test Effettuato Sul 100% Di Pazienti Detenuti Presso La Casa Circondariale Femminile E Maschile E Attivazione Del Centro Di Secondo Livello Hcv Di Riferimento Per Sede	1 Scarso <70% Test Effettuati, Riconoscimento 0%; 2 80% Test Effettuati, Riconoscimento 90%; 3 Test Effettuati > 90%, Riconoscimento 100%	Totale N. Di Test Effettuati Per Centro Erogatore (Fonte Iris). N. Pz Hcv+ Presi Incarico Sul Secondo Livello/N. Pz Hcv+	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	1
SCRO23B	Esecuzione Test Di Screening Hcv	Inserimento Su Iris Del Test Effettuato Sul 100% Di Pazienti Detenuti Presso La Casa Circondariale Femminile E Maschile	1 Scarso <70% Test Effettuati, Riconoscimento 0%; 2 80% Test Effettuati, Riconoscimento 90%; 3 Test Effettuati > 90%, Riconoscimento 100%	Totale N. Di Test Effettuati Per Centro Erogatore (Fonte Iris)	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	1

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
SCR023C	Esecuzione Test Di Screening Hcv	Min 450 Test Di I Livello/Anno Registrati Su Iris Dal Centro Erogatore	1 Scarso <70% Test Effettuati, Riconoscimento 0%; 2 80% Test Effettuati, Riconoscimento 90%; 3 Test Effettuati > 90%, Riconoscimento 100%	Totale N. Di Test Effettuati Per Centro Erogatore (Fonte Iris)	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	1
SCR023D	Esecuzione Test Di Screening Hcv	100% Di Esami Rna Di Il Livello Richiesti Registrati Su Iris Dal Centro Erogatore	1 Scarso <70% Test Effettuati, Riconoscimento 0%; 2 70-90% Test Effettuati, Riconoscimento 50%; 3 Test Effettuati > 91%, Riconoscimento 100%	Totale N. Di Test Hcv-Rna Richiesti/N. Test Eseguiti (Iris)	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Scr	SCR	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	Rispetto Dei Target Fissati A Livello Regionale	1
TEM001	Tempi Chirurgici, Ottimizzazione Utilizzo Sedute Operatorie. Tempo Decorrente Fra Inizio Primo Intervento E Fine Ultimo Intervento Non Inferiore All'80% Del Tempo Slot Disponibile. La Valutazione Terrà Altresi Conto Dei Tempi Decorrenti Fra I Singoli Interventi.	Occupazione Tempo Sala Non Inferiore All'80%	1)Val. Pessima Utilizzo Sala Infeiore All'60% Riconoscimento 0%. 2 Buona. Utilizzo Sala Compreso Fra Il 60% E L'80% . Riconoscimento 50 % 3) Val. Ottima Utilizzo Sala => 80% .Riconoscimento 100 % Del Peso Previsto.	Tempo Decorrente Da Inizio Intervento E Fine Interventi Programmati <= 80% Del Tempo Di Disponibilità Della Sala	Direzioni Sanitarie Di Pp.Oo	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresi La Scheda - Tem001	TEM001	>= 80%	>= 80%	18
TEM007	Riduzione Dei Tempi Per La Valutazione Dei Casi In Uvm	10Gg	1)Val. Pessima > 15 Giorni Medi Riconosc 0% ; 2)Val. Buona Media Compresa Fra 10 E 15 Giorni Riconosc 80% ;3)Val. Ottima Media < 10 Giorni Riconosc 100%;	Giorni Decorrenti Dalla Data Di Presentazione Dell'Istanza Alla Data Di Valutazione In Uvm	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Tem007_008	TEM007_008	10Gg	10Gg	5
TEM008	Riduzione Dei Tempi Per La Valutazione Dei Casi In Uvm	< 2Gg	1)Val. Pessima >= 2 Gg Medi Riconosc 0% ; 2) Val. Ottima Minore Di < 2 Giorni Riconosc 100%;	Giorni Decorrenti Dalla Data Di Presentazione Dell'Istanza Alla Data Di Valutazione In Uvm	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Tem007_008	TEM007_008	< 2Gg	< 2Gg	5

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie e Obiettivo
TEM009	Riduzione Della Degenza Media E Della Permanenza In Ps - Riduzione Dei Tempi Di Refertazione Degli Esami Richiesti Da Ps E Reparti	Anno Precedente +/- 10%	1)Val. Pessima > Anno Precedente +10% Riconosc 0%; 3) Val. Ottima Anno Precedente +/- 10% Riconosc 100% .	= ( Somma(Tempo Medio Per Numero Prestazioni Richieste) / Numero Prestazioni Richieste)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Assegnataria Dovrà Fornire Tutti Gli Elementi Utili Ad Attestare Quanto Richiesto Dall'Obiettivo.		Anno 2024 +/- 10%	Anno 2024 +/- 10%	7
TEM013	Predisposizione E Avvio Istruttoria Entro 10 Gg Lavorativi Dall'Assegnazione Della Richiesta Risarcitoria All'Ufficio.	10 Gg Lavorativi	1)Val. Pessima Somma Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria > 15 Gg Riconosc 0%; 2)Val. Sufficiente Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria Compresa Fra 11 E 15 Gg Riconosc 75%; 5)Val. Ottima Se Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria <= 11 Gg Riconosc 100%	Apertura Istruttoria	U.O.S.V.D. Medicina Legale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		10 Gg Lavorativi	10 Gg Lavorativi	1
TEM017	Garantire Efficienza Operativa Per Interventi E Procedure Riguardanti Ictus	< 9 Ore	1 Obiettivo Raggiunto In Caso Di Aumento Del 20 % Delle Procedure Trombotiche Per Ictus Nella Finestra Terapeutica 4,5-9 Ore Rispetto Al 2023; 2 Obiettivo Non Raggiunto In Caso Di Aumento Inferiore Al 20 % Delle Procedure Trombotiche Per Ictus Nella Finestra Terapeutica 4,5-9 Ore Rispetto Al 2023;	Aumentare I Volumi Di Attività Della Stroke Unit Riguardanti La Somministrazione Di Agente Trombotico Nei Pazienti Con Stroke Esordito Tra 4,5 E 9 Ore	S.Comp. Po Barletta - Neurologia	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		< 9 Ore	< 9 Ore	1
TEM020	Incremento Tempestività Delle Prestazioni	> Anno 2023	1) Valutazione Pessima: Peggioramento Su Anno 2023- Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona: Migioramento Su Anno 2023 Inferiore O Uguale Al + 10% - Riconoscimento 85%; 3) Valutazione Ottima: Migioramento Su Anno 2023 Superiore Al + 10% - Riconoscimento 100%	Ore Lavorate / Accessi Annuali Per Tempo Previsto	Ucg Su Database Aziendali	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto Accettazione Di Urgenza / Disar. La Valutazione Terrà Comunque Conto Della Eventuale Carezza Di Organico O Della Differente Organizzazione Logistica E Strutturale.		> Anno 2023	> Anno 2023	3

Codice	Descrizione	Target	Range Pesatura	Indicatore	Struttura Preposta alla Valutazione	Verifica raggiungimento obiettivo	Scheda Rendicontazione Obiettivo	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnate e Obiettivo
TVA001	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi - Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai Codici Obiettivo Oggetto Di Specifica Competenza Come Individuati E Richiesti Dal Controllo Di Gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal Corrente Anno La Verifica Potrebbe Essere Effettuata Sul Nuovo Sistema Informativo In Corso Di Implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Report Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Inviati Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Invio Valutazioni	Ucg Su Database Aziendali	L'Ucg Certificherà Il Rispetto Dei Termini Richiesti Dall'Obiettivo		Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal Corrente Anno La Verifica Potrebbe Essere Effettuata Sul Nuovo Sistema Informativo In Corso Di Implementazione	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal Corrente Anno La Verifica Potrebbe Essere Effettuata Sul Nuovo Sistema Informativo In Corso Di Implementazione	22
VAL001	Verifica Di Almento Il 15% Delle Richieste Di Esami Su Grandi Macchine (Tc/Rm) E Segnalazione Al Rula Delle Anomalie Ricontrate;	>= 15%	1) Val. Pessima < 10% Riconosc 0% 2) Val. Buona Fra 10% E 15% Riconosc 70% 3) Val. Ottima >15% Riconosc 100%;	Predisposizione Ed Invio Alla Direzione Strategica Di Tre Report (1° Quadrimestre - Entro Il 30/6 - 2° Quadrimestre Entro Il 31/10 - 3° Quadrimestre Entro Il 15 Febbraio, Con Elenco Analitico Delle Prestazioni Erogate E Sottoposte A Controllo E Indicazione Dell'Anomalia Ricontrata.	R.U.L.A.	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione		>= 15%	>= 15%	5
VAL011	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Nota Dg 3145/2023 E S.M.I. . Controlli Su Atti Deliberativi ( Anno 2024 10% --Anno 2025 11%), Controlli Su Determine Dirigenziali (Anno 2024 10% --Anno 2025 11%) Controlli Su Aggiudicazione Gare ( Anno 2024 10% --Anno 2025 11%); Controlli Su Concorsi (Anno 2024 10% --Anno 2025 11%); Controlli Su Avvisi Pubblici ( Anno 2024 10% --Anno 2025 11%).	% Indicate Da Nota Aziendale	1)Val. Pessima Unita Formate < Del 60% Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Fra Il 60% E Il 70% Riconosc 30%; 3)Val. Sufficiente Unita Formate Fra Il 70% E Il 80% Riconosc 50%; 4)Val. Buona Fra Il 80% E Il 100 % Riconoscimento % Raggiunta; 5)Val. Ottima >= Del 100 % Riconosc Pari Al 100 %; L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Se Il Responsabile Dimostrerà Di Aver Assegnato Specifico Obiettivo Individuale Al R.P.C.T.	Numero Controlli Effettuati	Ucg Su Rendicontazione Struttura	La Struttura Trasmetterà Su Richiesta Del Controllo Di Gestione La Scheda - Val011	VAL011	% Indicate Da Nota Aziendale	% Indicate Da Nota Aziendale	1
VAL012	Elaborazione E Trasmissione Alla Direzione Sanitaria E Di Presidio E Al Direttore Del Dipartimento Oncologico Di Un Report Quadrimestrale (Modulo Predisposto Dalla Uos Farmacovigilanza E Monitoraggio Spesa Farmaceutica)Relativo A Terapie Biologiche, Riportanti Il Dettaglio Dei Pazienti Naive,In Continuità Terapeutica O Con Avvenuto Switch O Swap Erogati Nel Mese Precedente Da Inviare Entro Il 10 Del Mese Successivo Alla Mail Monitoraggio.Spesafarmaceutica@Aslbat.it E Alla Direzione Strategica	Invio Dei Tre Report Quadrimestrali	1) Valutazione Pessima= Assenza Di N. 3 Report E Mancata Trasmissione Alla Uos Farmacovigilanza E Monitoraggio Spesa Farmaceutica E Direzione Strategica Riconosc 0%; 2) Valutazione Ottima= Presenza Di N. 3 Report E Trasmissione Alla Uos Farmacovigilanza E Monitoraggio Spesa Farmaceutica E Direzione Strategica Riconoscimento 100%	Elaborazione Di N. 3 Report Da Parte Della Uos Farmacia Clinica E Ufa Relativi Ai Trattamenti Farmaci Biologici Erogati Nel Mese Precedente Ai Singoli Pazienti	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	La Struttura Che Effettua La Verifica Sulla Base Delle Informazioni In Possesso O Ricevute Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Su Format Trasmesso Dal Controllo Di Gestione Fornendo Altresì La Scheda - Val012	VAL012	Invio Dei Tre Report Quadrimestrali	Invio Dei Tre Report Quadrimestrali	1