

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N.1.16	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Prescrizione E Prenotazione Diretta Sulle Agende Di Presa In Carico.	% Di Prescrizione E Prenotazione Dirette Sull'Agenda Rispetto Alla Potenzialità Massima;	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore Al 60% Delle Prestazioni Erogabili; Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 60 Ed Il 79,9% Delle Prestazioni Erogabili Riconoscimento 60%; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore All'80% Delle Prestazioni Erogabili. Riconoscimento 100%;	N. Prescrizioni E Prenotazioni Dirette Effettuate Sull'Agenda / N. Prestazioni Massime Erogabili	Il Rula Elaborerà Una Reportistica Indicando La % Di Prescrizioni E Prenotazioni Effettuate Rispetto Alla Potenzialità Massima Dell'Agenda Per Ciascuna Struttura.	47	Strutture Osepdaliere E Territoriali	> 75%	> 80%	> 80%	Rula
N.1.17A	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Incremento Delle Prestazione Esterne Rispetto All'Anno Precedente E O Di Riferimento Iniziale	% Di Incremento Del 5% Delle Prestazioni Esterne Rispetto All'Anno Precedente;	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore A 0; Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 0 E 5% Delle Prestazioni Erogabili Riconoscimento Proporzionale ; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore All'5%. Riconoscimento 100%;	(Num Prest Est Anno N - Num Prest Est Anno N-1) / Num Prest Est Anno N-1	Calcolo Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Edotto. La Valutazione Terrà Conto Dei Soli Mesi 2021 In Cui Ci Sarà La Ripresa Delle Ordinarie Attività E Il Confronto Avverrà Con L'Anno 2019 A Parità Di Condizioni .	44	Strutture Osepdaliere E Territoriali Per Le Quali È Necessario Il Potenziamento Dell'Attività Ambulatoriale	> 5% Dell'Anno Di Riferimento Iniziale	> 5% Dell'Anno Di Riferimento Iniziale	> 5% Dell'Anno Di Riferimento Iniziale	Ucg
N.1.27	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Utilizzo Liste Di Attesa In Edotto Per Ricoveri Programmati	Esistenza Nel Sistema Edotto Delle Liste Di Attesa Per Ricoveri Programmati	1)Val. Pessima A-Mancato Utilizzo 0% ; 2) Val. Media B-Utilizzo Parziale Riconosc 70% 3) Val. Ottima C-Utilizzo Completo Riconosc 100%	Verifica In Edotto Della Presenza Di Pazienti In Attesa Di Ricovero	Le Direzioni Sanitarie Di Presidio Effettueranno Entro Ciascun Trimestre Una Verifica Su Tutte Le Unità Operative Di Degenza E Certifieranno Per Ciascuna Il Rispetto Dell'Obiettivo Attestando Per Ciascuna Unità Uno Dei Seguenti Valori A-Mancato Utilizzo B-Utilizzo Parziale C-Utilizzo Completo	33	U.O. Strutture Ospedaliere	Utilizzo Delle Liste Di Attesa Edotto Per Tutti I Ricoveri Programmati	Utilizzo Delle Liste Di Attesa Edotto Per Tutti I Ricoveri Programmati	Utilizzo Delle Liste Di Attesa Edotto Per Tutti I Ricoveri Programmati	Direzioni Sanitarie Di Presidio
N.1.15B	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Creazione Agende Specifiche Di Presa In Carico Assistiti Per Le Branche Sprovviste.	Invio Formale A Mezzo Di Sistema Tracciante Entro 60 Giorni Dall'Assegnazione Del Presente Obiettivo Di Una Richiesta Al Rula (Responsabile Unico Liste Di Attesa) Per L'Apertura Di Una Nuova Agenda. L'Avvio Delle Attività 'Sara' Comunque Subordinato Al Superamento Della Fase Emergenziale.	1) Valutazione Ottima In Presenza Di Richiesta Trasmessa Entro I Termini Previsti 100% Del Peso Attribuito; 2) Valutazione Media In Presenza Di Richiesta Inviata Oltre Il Termine Dei 60 Giorni Purchè Entro 60 Giorni Dalla Scadenza Riconosciuto 60% Del Peso, 3) Valutazione Scarsa In Assenza Di Richiesta. Riconoscimento 0%	Verifica Esistenza Richiesta	L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Esclusivamente Se La Struttura Avrà Allegato Alla Relazione Finale La Documentazione Attestante L'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto. L'invio Dovrà Avvenire Esclusivamente Utilizzando Sistemi Che Possano Certificare La Data Di Invio (Pec / Mail / Protocollo Informatico)	17	Strutture Osepdaliere E Territoriali Per Le Quali È Necessario Il Potenziamento Dell'Attività Ambulatoriale	Invio Richiesta Nei Termini	Invio Richiesta Nei Termini	Invio Richiesta Nei Termini	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N.1.26	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Riduzione Della Degenza Media E Della Permanenza In Ps	Riduzione Dei Tempi Di Refertazione Degli Esami Richiesti Da Ps E Reparti	Giorini Decorrenti Dalla Data Di Richiesta Dell'Esame Alla Data Di Refertazione. Il Conteggio Si Effettuerà Solo Sulle Prestazioni Richieste Ed Erogate Entro Il 31/12 Dell'Anno	1)Val. Pessima > Anno Precedente Riconosc 0% ; 2) Val. Media = Anno Precedente Riconosc 70% 3) Val. Ottima < Anno Precedente Riconosc 100% . Sara' Considerata Ottima La Valutazione Anche In Presenza Di Allungamento Dei Tempi Di Refertazione Rispetto All'Anno Precedente Se Il Numero Medio Delle Prestazioni Refertate Dal Personale Dirigente Della U.O. Risulterà Non Inferiore All'Anno Precedente.	Somma Di Giorni (Data Richiesta - Data Refertazione) / Numero Richieste Da Ps E Reparti	L'Assegnatario Dovrà Estrarre Dal Sistema Informativo Il Registro Con Le Prestazioni Erogate Ed I Tempi Medi Di Esecuzione. Ove Il Calcolo Non Sia Possibile Su Tutte Le Prestazioni Si Effettueranno Verifiche A Campione Solo Su Alcune Prestazioni. L'Assegnatario Fornirà Anche Un Report In Cui Indicherà Mensilmente A Decorrenza Dal 2020, Numero Di Referti Emessi E Numero Di Dirigenti Presenti.	8	Strutture Osepdaliere E Territoriali Di Radiologia E Laboratorio	Tempi Medi Inferiori All'Anno Precedente	Tempi Medi Inferiori All'Anno Precedente	Tempi Medi Inferiori All'Anno Precedente	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N.1.15A	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Creazione Agende Specifiche Di Presa In Carico Assistiti Per Le Branche Sprovviste.	Invio Formale A Mezzo Di Sistema Tracciante Entro 60 Giorni Dall'Assegnazione Del Presente Obiettivo Ovvero Entro 30 Giorni Dalla Data Di Ripresa Delle Attività Di Una Richiesta Al Rula (Responsabile Unico Liste Di Attesa) Per L'Apertura Di Una Nuova Agenda. L'Avvio Delle Attività 'Sara' Comunque Subordinato Al Superamento Della Fase Emergenziale.	, 1) Valutazione Scarsa In Assenza Di Richiesta. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Media In Presenza Di Richiesta Inviata Oltre Il Termine Indicato Purchè Entro 60 Giorni Dalla Scadenza Riconosciuto 60% Del Peso; 3) Valutazione Ottima In Presenza Di Richiesta Trasmissa Entro I Termini Previsti 100% Del Peso Attribuito;	Verifica Esistenza Richiesta	L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Esclusivamente Se La Struttura Avrà Allegato Alla Relazione Finale La Documentazione Attestante L'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto. L'Invio Dovrà Avvenire Esclusivamente Utilizzando Sistemi Che Possano Certificare La Data Di Invio (Pec / Mail / Protocollo Informatico)	6	Strutture Ospedaliere E Territoriali Per Le Quali È Necessario Il Potenziamento Dell'Attività Ambulatoriale	Invio Richiesta Nei Termini	Invio Richiesta Nei Termini	Invio Richiesta Nei Termini	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N.1.17B	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Incremento Delle Prestazioni Esterne Rispetto All'Anno Precedente E O Di Riferimento Iniziale	% Di Incremento Del 10% Delle Prestazioni Esterne Rispetto All'Anno Precedente;	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore A 0; Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 0 E 10% Delle Prestazioni Erogabili Riconoscimento Proporzionale ; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore All'10%. Riconoscimento 100%;	(Num Prest Est Anno N - Num Prest Est Anno N-1) / Num Prest Est Anno N-1	Calcolo Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Edotto. La Valutazione Terrà Conto Dei Soli Mesi 2021 In Cui Ci Sarà La Ripresa Delle Ordinarie Attività E Il Confronto Avverrà Con L'Anno 2019 A Parità Di Condizioni .	4	U.O. Strutture Ospedaliere	> 10% Dell'Anno Di Riferimento Iniziale	> 10% Dell'Anno Di Riferimento Iniziale	> 10% Dell'Anno Di Riferimento Iniziale	Ucg
N.1.28	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Monitoraggio Utilizzo Liste Di Attesa In Edotto Per Ricoveri Programmati. Il Monitoraggio Decorrerà Dalla Data Di Ripresa Delle Attività.	Elaborazione Di Un Report Trimestrale Da Trasmettersi All'Ucg Entro 30 Giorni Dalla Fine Di Ciascun Trimestre, Con Indicazione Per Ciascuna Unità Operativa Di Degenza, Del Totale Numero Di Ricoveri Programmati E Del Totale Numero Di Ricoveri Programmati Registrati In Lista Di Attesa Su Edotto	1)Val. Pessima Mancato Invio Report 0% ; 2) Val. Media Invio Di Tutti I Report Oltre Le Date Previste Riconosc 70% 3) Val. Ottima Invio Di Tutti I Report Entro Le Date Previste Riconosc 100%	Invio Report	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	3	U.O. Di Supporto All'Attività Ospedaliera	Invio Report	Invio Report	Invio Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N.1.17C	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Incremento Delle Prestazioni Esterne Rispetto All'Anno Precedente E O Di Riferimento Iniziale	% Di Incremento Del 20% Delle Prestazioni Esterne Rispetto All'Anno Precedente;	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore A 0; Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 0 E 20% Delle Prestazioni Erogabili Riconoscimento Proporzionale ; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore All'20%. Riconoscimento 100%;	(Num Prest Est Anno N - Num Prest Est Anno N-1) / Num Prest Est Anno N-1	Calcolo Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Edotto. La Valutazione Terrà Conto Dei Soli Mesi 2021 In Cui Ci Sarà La Ripresa Delle Ordinarie Attività E Il Confronto Avverrà Con L'Anno 2019 A Parità Di Condizioni .	2	Strutture Ospedaliere E Territoriali Per Le Quali È Necessario Il Potenziamento Dell'Attività Ambulatoriale	> 20% Dell'Anno Di Riferimento Iniziale	> 20% Dell'Anno Di Riferimento Iniziale	> 20% Dell'Anno Di Riferimento Iniziale	Ucg

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
M12	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Garantire Adeguati Volumi Di Attività Per Chirurgia Oncologica - Mammella	Garantire Adeguati Volumi Di Attività O Soglie Minime Per Chirurgia Oncologica - Mammella E Relativi Tempi Di Attesa Per Classi Di Priorità	N. Ricoveri Ordinari Chirurgici Elettivi Per Tumore Mammella In Relazione Alle Classi Di Priorità	N. Ricoveri > = 135 Casi Complessivi Asl (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 100 - 134 Casi (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 60%); < 100 Casi (Obiettivo Non Raggiunto). Obiettivo Dei 135 Casi E' Su Base Aziendale	N. Drg Chirurgici 257 - 260 Correlati Alle Diagnosi Principali Pne E Classi Di Priorità	La Chirurgia Senologica Di Barletta Volume Minimo 100 Casi/Anno; La Chirurgia Di Andria Volume Minimo 50 Casi/Anno. Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentato (Minimo 10%) O Meno Il Numero Dei Ricoveri Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	2	U.O. Ospedaliere Chirurgiche	> = 135 Casi	> = 135 Casi	> = 135 Casi	Ucg
M13	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Garantire Adeguati Volumi Di Attività Per Chirurgia Oncologica - Colon Retto	Garantire Adeguati Volumi Di Attività O Soglie Minime Per Chirurgia Oncologica - Colon E Relativi Tempi Di Attesa Per Classi Di Priorità	N. Ricoveri Ordinari Chirurgici Elettivi Per Tumore Colon Retto In Relazione Alle Classi Di Priorità	N. Ricoveri > = 100 Casi Complessivi Asl (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 80 - 99 Casi (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 60%); < 80 Casi (Obiettivo Non Raggiunto). Obiettivo E' Su Base Aziendale	N. Drg Chirurgici 149; 569; 570 (Colon), Drg Chirurgici 146-147 (Retto) Correlati Alle Diagnosi Principali Pne E Classi Di Priorità	Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentato (Minimo 10%) O Meno Il Numero Dei Ricoveri, Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	2	U.O. Ospedaliere Chirurgiche	> = 100 Casi	> = 100 Casi	> = 100 Casi	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
Q.6	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Determinazione Delle Indagini Di Biologia Molecolare Per L' Oncologia	Numero Di Referti Di Biologia Molecolare Per L'Oncologia Erogati All'Anno	Prestazioni Erogate	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 / Prestazioni Richieste	La Struttura Fornirà Un Report Analitico Con Il Numero Di Prestazioni Richieste Ed Il Numero Di Prestazioni Erogate	1	U.O.S.V.D. Anatomia Patologica Andria	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.57	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Mantenimento Delle Prestazioni Rese Tramite Realizzazione Di Piani Di Trattamento Con Tecnica Conformazionale Per L'Unità Operativa Di Radioterapia	Numero Dei Piani Di Trattamento Di Radioterapia Conformazionali Eseguiti/Numero Dei Piani Di Trattamento Conformazionali Richiesti Dalla U.O. Di Radioterapia	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	Invio All'Ucg Di Un Report Analitico Indicando Il Numero Dei Piani Di Trattamento Effettuati E Il Numero Dei Trattamenti Richiesti	1	U.O.S.V.D. Fisica Sanitaria P.O. Barletta	> 85%	> 90%	> 90%	Radioterapia

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.58	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Miglioramento Delle Prestazioni Rese Tramite Realizzazione Di Piani Di Trattamento Con Tecniche Speciali (Imrt E/O Rapid Arc) Per L'Unità Operativa Di Radioterapia	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	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	Invio All'Ucg Di Un Report Analitico Indicando Il Numero Dei Piani Di Trattamento Effettuati E Il Numero Dei Trattamenti Richiesti	1	U.O.S.V.D. Fisica Sanitaria P.O. Barletta	> 85%	> 90%	> 90%	Radioterapia
N1.59	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Mantenimento Dell'Attività Di Verifica Dei Limiti Dosimetrici Di Dimissione Per I Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica	Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica Sottoposti A Valutazione Dosimetrica / Sdo Drg 409	1)Val. Pessima < 100% Riconosc 0% ; 2) ; 2)Val. Ottima = 100% Riconosc 100% .	Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica Sottoposti A Valutazione Dosimetrica	Invio All'Ucg Di Un Report Analitico Indicando Il Numero Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica E Il Numero Dei Pazienti Sottoposti A Valutazione Dosimetrica	1	U.O.S.V.D. Fisica Sanitaria P.O. Barletta	1	1	1	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M11	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Garantire Adeguati Volumi Di Attività Per Chirurgia Oncologica - Prostata	Garantire Adeguati Volumi Di Attività O Soglie Minime Per Chirurgia Oncologica - Prostata E Relativi Tempi Di Attesa Per Classi Di Priorità E Per Ipb (Patologia Benigna)	N. Ricoveri Ordinari Chirurgici Elettivi Per Tumore Prostate In Relazione Alle Classi Di Priorità E Quelli Per Ipb	N. Ricoveri Totali > = 80 Casi Complessivi Asl (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 50 - 79 Casi (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 60%); < 50 Casi (Obiettivo Non Raggiunto)	N. Drg Chirurgici 334 - 335 (Radiale); 336 - 337 (Transuretrale) Correlati Alle Diagnosi Principali Pne E Classi Di Priorità, Con Prevalenza Della Casistica Oncologica (Minimo 50 Ricoveri/Anno)	Da Considerare Anche Gli Interventi Di Prostatectomia Per Ipb - Vedere Protocollo Pne. Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentano (Minimo 10%) O Meno Il Numero Dei Ricoveri (Patologia Oncologica E Benigna), Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	1	S.Comp. P.O. Andria - Urologia	> = 80 Casi	> = 80 Casi	> = 80 Casi	Ucg
M14	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Garantire Adeguati Volumi Di Attività Per Chirurgia Oncologica - Utero	Garantire Adeguati Volumi Di Attività O Soglie Minime Per Chirurgia Oncologica - Utero E Relativi Tempi Di Attesa Per Classi Di Priorità	N. Ricoveri Ordinari Chirurgici Elettivi Per Tumore Utero In Relazione Alle Classi Di Priorità	N. Ricoveri > = 20 Casi Complessivi Asl (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 9 - 19 Casi (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 50%); < 9 Casi (Obiettivo Non Raggiunto).	N. Drg Chirurgici 353-355 Correlati Alle Diagnosi Principali Pne E Classi Di Priorità	Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentato (Minimo 10%) O Meno Il Numero Dei Ricoveri Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	1	S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	> 20 Casi	> 20 Casi	> 20 Casi	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
M16	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Valutazione Casistica Psichiatrica Per Disturbi E Patologie Correlate Alla Salute Mentale	Miglioramento Degli Esiti/Outcome In Ambito Psichiatrico	Riduzione Rispetto All'Anno Precedente Dei Ricoveri Ripetuti E/O Con Abbandoni Dei Pazienti Trattati In Relazione Alle Diverse Tipologie Di Disturbi O Patologie Psichiatriche	Riduzione > 15% Obiettivo Raggiunto (100%); Riduzione Tra 5-10% Obiettivo Parzialmente Raggiunto (50%); Riduzione < 5% Obiettivo Non Raggiunto.	Riduzione Dei Ricoveri Ripetuti Dei Pazienti Trattati, Rispetto All'Anno Precedente, Tenuto Conto Delle Diverse Tipologie Di Disturbi O Patologie Psichiatriche	Corretta Identificazione Nelle Sdo Delle Principali Patologie Psichiatriche E Disturbi Mentali Per Rilevazione Specifica Dei Pazienti Trattati Correlati Ai Ricoveri Ripetuti E/O Con Abbandoni. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Migliorato O Meno Gli Esiti/Outcome Attesi, Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	1	S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	Riduzione > 5%	Riduzione > 10%	Riduzione > 15%	Ucg
T22	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Abbattimento Liste Di Attesa Prestazioni Chirurgiche	Incremento Delle Prestazioni Chirurgiche Rispetto All'Anno Precedente.	% Di Incremento Del 20% Delle Prestazioni Chirurgiche Rispetto All'Anno Precedente Mirata Per Attività In Regime Di Day Service E Riduzione Drg Inappropriati	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore A 0; Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Tra 0 E 20% Delle Prestazioni Erogabili; Riconoscimento Proporzionale. 3) Val Ottima Ove Si Registri Una % Superiore Al 20%; Riconoscimento 100%.	Num Prest Chirurgiche Anno 2021- Prest Chirurgiche Anno 2020/Num Prest Chirurgiche Anno 2020	Calcolo Su N. Drg Chirurgici E Day Service Chirurgici 2021 Vs 2020. La Struttura Fornirà In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Report Edotto Attestanti Le Attività Effettuate.	1	S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	> 10%	> 15%	> 20%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T29	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Gestione Liste Di Attesa Da Trapianto Renale	Iscrizione Tempestiva In Lista D'Attesa Per Trapianto Renale, Da Donatore Deceduto E Da Vivente	Numero Pazienti Uremici Presentati Alla Lista Regionale Trapianti	1) Valutazione Scarsa Se Completamento Esami Per Iscrizione>6 Mesi;2) Valutazione Media Tra 4 E 6 Mesi; 3) Valutazione Buona 3-4 Mesi;4) Valutazione Ottima < 3 Mesi	Numero Pazienti Presentati Alla Iscrizione Regionale In Lista Trapianti Di Rene	Tempi Intercorsi Tra Richiesta Di Immissione In Lista Da Parte Del Paziente E Attestazione Di Presentazione Della Documentazione Completa	1	S.Comp. Po Barletta - Nefrologia E Dialisi	3-4 Mesi	< 3 Mesi	< 3 Mesi	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T30	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Follow Up Trapiantati Trattati Fuori Asl	Rientro In Follow-Up Nella Asl Bt Di Tutti I Pazienti Trapiantati Di Rene Attualmente Seguiti Nell'Ambulatorio Regionale Trapianti	Numero Pazienti Trapiantati In Follow-Up Negli Ambulatori Trapianti Dei Pp.Oo. Di Andria E Barletta	1)Val. Scarsa Ove Si Registri Un Incremento Minore Del 10%; 2) Val. Media Ove Si Registri Un Incremento Tra Il 10 Ed Il 20%; 3) Val. Buona Ove Si Registri Una Incremento Tra Il 20 Ed Il 30%; 4) Val. Ottima Ove Si Registri Un Incremento >30%	Numero Pazienti Trapiantati In Follow Up Nella Asl Bt	Confronto Tra Pazienti In Follow Up Al 2020 Vs Pazienti In Follow Up A Fine 2021: Prestazioni Esterne Registrate In Edotto	1	S.Comp. Po Barletta - Nefrologia E Dialisi	> 20%	> 20%	> 20%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T32	1	Capacita' Di Governo Della Domanda Sanitaria	Monitoraggio Dell'Attività Delle Strutture Riabilitative A Gestione Diretta	Istituzione Di Un Sistema Uniforme Di Monitoraggio Degli Assistiti Presso I Centri Di Riabilitazione Aziendali, Finalizzata A Consentire La Regolare Gestione Dell'Anagrafica Utenti E Rilevazione Dei Dati Di Attività Interni	Adozione Di Una Procedura Informatica Che Consenta Di Monitorare Gli Utenti Delle Strutture Riabilitative A Gestione Diretta E L'Attività Sanitaria Resa.	100% Se Trasmessa Tutta La Reportistica Quadrimestrale; 50% Se Trasmissione Parziale (2 Report); 0% Se Trasmissione Parziale (1 Report)	Verifica Avvenuta Registrazione Degli Utenti E Invio Dei Prospetti Sintetici A Cadenza Quadrimestrale	Trasmissione Documentazione Ad Ucg	1	S.Comp. Struttura Sovra-Distrettuale - Direzione Dipartimento	Invio Di Almeno 2 Report	Invio Dei 3 Report	Invio Dei 3 Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.31	2	Appropriatezza E Qualità	Verifica Delle Segnalazioni Ricevute Dagli Utenti Rispetto Alle Singole Strutture	Monitoraggio Delle Segnalazioni	Controdeduzioni Della Struttura A Fronte Di Ciascuna Segnalazione Pervenuta Dall'Urp	1)Val. Pessima. Assenza Di Controdeduzioni Inviolate All'Urp A Seguito Di Segnalazione. Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima. Presenza Di Controdeduzioni A Fronte Di Ciascuna Segnalazione Pervenuta; Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Verifica Esistenza Delle Controdeduzioni Per Ciascuna Segnalazione Pervenuta.	L'Urp Trasmetterà Un Report Di Tutti I Reclami Pervenuti Nel Corso Dell'Anno Corrente Per Ciascuna Struttura. Ai Fini Dell'Attribuzione Dei Punteggi, L'Urp Dovrà Segnalare, A Fronte Dei Reclami Pervenuti, Il Numero Di Controdeduzioni Fornite Dalla Struttura.	115	Tutte Le Strutture Aziendali	Invio Delle Controdeduzioni Per Ciascun Reclamo Ricevuto	Invio Delle Controdeduzioni Per Ciascun Reclamo Ricevuto	Invio Delle Controdeduzioni Per Ciascun Reclamo Ricevuto	Urp

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.52	2	Appropriatezza E Qualita'	Approvazione Manuali Di Accredittamento Strutture Sanitarie E Socio Sanitarie In Esecuzione Del R.R. 23 Luglio 2019 N. 16	Supporto Alla U.O.S.V.D. Governo Clinico E Qualità Nella Redazione Del Manuale Per L'Accreditamento Con Riferimento Alle Materie Di Propria Competenza, Tenuto Conto Delle Specifiche Richieste Formulate Dalla Medesima Uosvd	Riscontro Alle Richieste Formulate Dalla Uosvd Governo Clinico	1)Val. Pessima Nessun Riscontro Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Riscontro Inviato. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Verifica Esistenza Riscontro	Lia U.O.S.V.D. Governo Clinico E Qualità Certificherà Per Ciascuna Unità Assegnataria Dell'Obiettivo, L'Avvenuto Riscontro Alle Richieste Formulate	105	Tutte Le Strutture Ad Eccezione Del Dipartimento Di Prevenzione	Predisposizione E Trasmissione Documento	Predisposizione E Trasmissione Documento	Predisposizione E Trasmissione Documento	Uosvd Governo Clinico E Qualita'
M7.2	2	Appropriatezza E Qualita'	Procurement Per Attività Trapiantologica	Potenziamento Delle Attività Di Procurement Per Attività Trapiantologica	Compilazione E Trasmissione Delle Specifiche Schede Informative Sui Decessi Nei Reparti E Delle Segnalazioni Relative Ai Pazienti Con Lesione Cerebrale	Se Grado Di Copertura Schede Sspd/N. Decessi = 100% Obiettivo Raggiunto (100%); Se Compreso Tra 70-99% Obiettivo Parzialmente Raggiunto (30%); Se < 70% Obiettivo Non Raggiunto. Le Segnalazioni Di Pazienti Con Lesione Cerebrale Si Riferiscono Ai Reparti Di Neurologia, Neurochirurgia, Rianimazione E Pronto Soccorso	N. Schede Sspd Trasmesse / N. Decessi Nei Reparti Di Degenza Relativi A Potenziali Donatori; N. Segnalazioni Di Pazienti Con Lesioni Cerebrali	Corretta Identificazione Dei Pazienti Con Lesione Cerebrale Nelle Sdo	36	U.O. Strutture Ospedaliere	> 70%	> 80%	> 90%	Uosvd Coordinamento Trapianti
N1.3B	2	Appropriatezza E Qualita'	Migliorare I Principali Indicatori Di Appropriatezza E Qualità Attraverso Un Costante Confronto Con Le Risultanze Medie Delle Asl Pugliesi	Porre In Essere Ogni Azione Finalizzata A Migliorare Gli Indicatori Che Presentano Un Andamento Non In Linea Con La Media Regionale Delle Asl Pugliesi	Benchmark Regionale Su Indicatori Anno Corrente Reparti Medici (1 Deg Media; 2 Drg Medio; 3 Case Mix; 4 Appropriatezza Drg Lea/Drg Totali; 5) Dimissioni Volontarie;	1)Val. Pessima Indicatori Peggiori Della Media Regionale Delle Asl Pugliesi >4 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Scarsa Indicatori Peggiori Della Media Regionale Delle Asl Pugliesi >2 Riconoscimento 30% Del Peso Previsto; 4) Val. Buona Se Esistono Almeno 3 Indicatori Positivi Rispetto Alla Media Regionale Delle Asl Pugliesi Riconoscimento 80% Del Peso Previsto; 5) Val. Ottima Se Esistono Almeno 4 Indicatori Positivi Rispetto Alla Media Regionale Delle Asl Pugliesi. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Il Calcolo Degli Indicatori Verrà Effettuato Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Edotto E Confrontando Ciascun Indicatore Con Quello Medio Regionale.	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Disciplina La Reportistica Con Raffronto Degli Indicatori Rispetto Alla Media Regionale.	23	U.O. Ospedaliere Mediche	Almeno 3 Indicatori Piu' Performanti Rispetto Alla Media Regionale	Almeno 4 Indicatori Piu' Performanti Rispetto Alla Media Regionale	Almeno 4 Indicatori Piu' Performanti Rispetto Alla Media Regionale	Ucg
N1.4B	2	Appropriatezza E Qualita'	Migliorare I Principali Indicatori Di Appropriatezza E Qualità Attraverso Un Costante Confronto Con Le Risultanze Dell'Anno Precedente.	Porre In Essere Ogni Azione Finalizzata A Migliorare Gli Indicatori Rispetto All'Anno Precedente.	Benchmark Con Anno Di Riferimento Su Indicatori Reparti Medici (1 Deg Media; 2 Drg Medio; 3 Case Mix; 4 Appropriatezza Drg Lea/Drg Totali; 5) Dimissioni Volontarie;	1)Val. Pessima Indicatori Peggiori Rispetto All'Anno Precedente>4 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Scarsa Indicatori Peggiori Rispetto All'Anno Precedente>2 Riconoscimento 30% Del Peso Previsto; 4) Val. Buona Se Esistono Almeno 3 Indicatori Positivi Rispetto Alla Media Regionale Delle Asl Pugliesi Riconoscimento 80% Del Peso Previsto; 5) Val. Ottima Se Esistono Almeno 4 Indicatori Positivi Rispetto Alla Media Regionale Delle Asl Pugliesi. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Il Calcolo Degli Indicatori Verrà Effettuato Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Edotto E Confrontando Ciascun Indicatore Con Quello Dell'Anno Precedente	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Disciplina La Reportistica Con Raffronto Degli Indicatori Rispetto All'Anno 2019 E Per I Soli Mesi 2021 La Cui Attività Si Svolgerà In Regime Ordinario.	23	U.O. Ospedaliere Mediche	Almeno 3 Indicatori Piu' Performanti Rispetto All'Anno Precedente	Almeno 4 Indicatori Piu' Performanti Rispetto All'Anno Precedente	Almeno 4 Indicatori Piu' Performanti Rispetto All'Anno Precedente	Ucg

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.3A	2	Appropriatezza E Qualita'	Migliorare I Principali Indicatori Di Appropriatezza E Qualità Attraverso Un Costante Confronto Con Le Risultanze Medie Delle Asl Pugliesi	Porre In Essere Ogni Azione Finalizzata A Migliorare Gli Indicatori Che Presentano Un Andamento Non In Linea Con La Media Regionale Delle Asl Pugliesi	Benchmark Regionale Su Indicatori Anno Corrente Reparti Chirurgici (1 Deg Media; 2 Drg Medio; 3 Case Mix; 4 Deg Post Operatoria; 5 Appropriatezza Chirurgica; 6 Appropriatezza Drg Lea/Drg Totali; 7) Dimissioni Volontarie	1)Val. Pessima Indicatori Peggiori Della Media Regionale Delle Asl Pugliesi >6 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Scarsa Indicatori Peggiori Della Media Regionale Delle Asl Pugliesi >5 Riconoscimento 30% Del Peso Previsto ; 3) Val. Media Indicatori Peggiori Della Media Regionale Delle Asl Pugliesi >4 Riconoscimento Riconoscimento 50% Del Peso Previsto 4) Val. Buona Se Esistono Almeno 4 Indicatori Positivi Rispetto Alla Media Regionale Delle Asl Pugliesi Riconoscimento 80% Del Peso Previsto; 5) Val. Ottima Se Esistono Almeno 5 Indicatori Positivi Rispetto Alla Media Regionale Delle Asl Pugliesi. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Il Calcolo Degli Indicatori Verrà Effettuato Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Edotto E Confrontando Ciascun Indicatore Con Quello Medio Regionale.	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Disciplina La Reportistica Con Raffronto Degli Indicatori Rispetto Alla Media Regionale.	10	U.O. Ospedaliere Chirurgiche	Almeno 4 Indicatori Piu' Performanti Rispetto Alla Media Regionale	Almeno 5 Indicatori Piu' Performanti Rispetto Alla Media Regionale	Almeno 5 Indicatori Piu' Performanti Rispetto Alla Media Regionale	Ucg
N1.4A	2	Appropriatezza E Qualita'	Migliorare I Principali Indicatori Di Appropriatezza E Qualità Attraverso Un Costante Confronto Con Le Risultanze Dell'Anno Precedente.	Porre In Essere Ogni Azione Finalizzata A Migliorare Gli Indicatori Rispetto All'Anno Precedente.	Benchmark Anno Di Riferimento Su Indicatori Reparti Chirurgici (1 Deg Media; 2 Drg Medio; 3 Case Mix; 4 Deg Post Operatoria; 5 Appropriatezza Chirurgica; 6 Appropriatezza Drg Lea/Drg Totali; 7) Dimissioni Volontarie	1)Val. Pessima Indicatori Peggiori Rispetto All'Anno Precedete>6 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Scarsa Indicatori Peggiori Rispetto All'Anno Precedete>5 Riconoscimento 30% Del Peso Previsto ; 3) Val. Media Indicatori Peggiori Rispetto All'Anno Precedete>4 Riconoscimento Riconoscimento 50% Del Peso Previsto 4) Val. Buona Se Esistono Almeno 4 Indicatori Positivi Rispetto Alla Media Regionale Delle Asl Pugliesi Riconoscimento 80% Del Peso Previsto; 5) Val. Ottima Se Esistono Almeno 5 Indicatori Positivi Rispetto Alla Media Regionale Delle Asl Pugliesi. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Il Calcolo Degli Indicatori Verrà Effettuato Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Edotto E Confrontando Ciascun Indicatore Con Quello Dell'Anno Precedente	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Disciplina La Reportistica Con Raffronto Degli Indicatori Rispetto All'Anno 2019 E Per I Soli Mesi 2021 La Cui Attività 'Si Svolgerà' In Regime Ordinario.	10	U.O. Strutture Ospedaliere	Almeno 4 Indicatori Piu' Performanti Rispetto All'Anno Precedente	Almeno 5 Indicatori Piu' Performanti Rispetto All'Anno Precedente	Almeno 5 Indicatori Piu' Performanti Rispetto All'Anno Precedente	Ucg
M15	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Appropriatezza Organizzativa/Clinica Per Patologie	Ridurre Tasso Di Ospedalizzazione Per Patologie In Setting Assistenziali Più Appropriati	Riduzione Dei Ricoveri (Eccetto Urgenze Da Ps) Per Scompenso Cardiaco, Diabete, Bpco, Asma E Gastroenterite	Se Riduzione, Rispetto All'Anno Precedente, > 15% O Ricoveri Tendenti Allo 0, Obiettivo Raggiunto (100%), Se Riduzione Compresa Tra 5 10% Obiettivo Parzialmente Raggiunto (60%), Se < 5% Obiettivo Non Raggiunto.	Riduzione, Rispetto All'Anno Precedente, Dei Drg 127, 294, 88, 98, 183, 184 Con Aumento Dei Corrispondenti Day Service	Ulteriore Parametro: Numero Day Service / Ricoveri Totali In Riferimento A Ciascun Drg Potenzialmente Inappropriato (>= A 1,5 Come Da Dgr N. 90/Anno Precedente), In Caso Di Conseguimento Parziale O Negativo. Per Codifica Diagnosi Fare Riferimento Ai Protocolli Indicatori Pne. Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo	10	U.O. Ospedaliere Mediche	Riduzione > 10%	Riduzione > 15%	Riduzione > 15%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
C10C	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità Di Processo	Riduzione Attesa Media Prima Del Ricovero Per Interventi Chirurgici Per Tumore	Tempi Di Attesa Per La Chirurgia Oncologica (Ind. Mes C10C)	1)Val. Pessima > 40.00 Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa 40.00 - 35.00 Riconosc 0% ;3)Val. Media 35.00 - 30.00 Riconosc 75% ;4)Val. Buona 30.00 - 25.00 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima < 25.00 Riconosc 100% ;	Edotto Direzionale Sdo Patologie Oncologiche : Data Intervento - Data Prenotazione	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto	6	U.O. Strutture Ospedaliere	< 30 Gg	< 30 Gg	< 25 Gg	Ucg

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.50	2	Appropriatezza E Qualita'	Verifica Dell'Appropriatezza Prescrittiva	Verifica Di Alimento Il 15% Delle Richieste Di Esami Su Grandi Macchine (Tc/Rm) E Segnalazione Al Rula Delle Anomalie Ricontrate;	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.	1) Val. Pessima < 10% Riconosc 0% 2) Val. Buona Fra 10% E 15% Riconosc 70% 3) Val. Ottima >15% Riconosc 100%;	Numero Di Ricette Controllate / Numero Di Prestazioni Erogate	La Struttura Dovra' Fornire Al Rula Con Riferimetro A Ciascun Trimestre, Il Numero Di Prestazioni Erogate Nel Periodo Di Riferimento E Il Numero Di Prestazioni Verificate (Le Cui Risultanze Dovranno Essere Riportate In Un Verbale In Cui Siano Indicate Le Prestazioni Verificate)	4	Radiologie	> 85% Dei Controlli Da Effettuare	>= 100% Dei Controlli Da Effettuare	>= 100% Dei Controlli Da Effettuare	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M1	2	Appropriatezza E Qualita'	Valutazione Congiunta Principali Cause Di Mortalità Intraospedaliere Da Parte Direzione Medica Po E Rischio Clinico	Attraverso I Dati Informativi Dell'Area Gestione Ricoveri Di Edotto Gestionale Valutare Dalle Sdo Anno Successivo Incidenza/Prevalenza Della Mortalità Intraospedaliere E Relative Diagnosi Correlate	Trasmettere Alla Direzione Strategica Almeno Due Relazioni Annuali Congiunte (Scadenze: Luglio E Gennaio Anno+1) In Merito Alla Mortalità Intraospedaliere Con Evidenza Di Eventuali Fattori Di Rischio (Organizzativo, Clinico, Ecc.)	Due Relazioni Trasmesse (Obiettivo Raggiunto:100%); Una Relazione Trasmessa (Obiettivo Parzialmente Raggiunto: 50%); Nessuna Relazione Trasmessa (Obiettivo Non Raggiunto; 0%).	Riscontro Della Trasmissione Delle Due Relazioni Annuali Alla Direzione Strategica (Si/No)	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Ecc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Ecc. Ai Soggetti/Uffici Interessati, Tenuto Conto Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere (0 - 10%) Espresso Dalla Direzione.	4	Direzioni Sanitarie E Rischio Clinico	Invio Delle 2 Relazioni	Invio Delle 2 Relazioni	Invio Delle 2 Relazioni	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
C16.1	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità E Appropriatezza A Area Emergenza-Urgenza	Incremento Tempestività Delle Prestazioni	% Accessi In P.S. Con Codice Azzurro Visitati Entro 60 Minuti	1)Val. Pessima < 60.00 Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa 60.00 - 70.00 Riconosc 40 % ;3)Val. Media 70.00 - 80.00 Riconosc 75% ;4)Val. Buona 80.00 - 90.00 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima > 90.00 Riconosc 100% ;Pronto Soccorso; (Il Numero Indicato Rappresenta La % Dei Casi Trattati Entro 60 Minuti)	Edotto Direzionale - Nr. Codici Azzurro Con Tempi Di Attesa <= 60 Min./Nr. Totali Codici Azzurro	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto. La Valutazione Terrà Comunque Conto Della Eventuale Carenza Di Organico O Della Differente Organizzazione Logistica E Strutturale.	3	U.O. Dip.To Emergenza Urgenza	> 70%	> 80%	> 80%	Ucg
C16.2	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità E Appropriatezza A Area Emergenza-Urgenza	Incremento Tempestività Delle Prestazioni	% Accessi In P.S. Con Codice Verde Visitati Entro 120 Minuti	1)Val. Pessima < 60.00 Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa 60.00 - 70.00 Riconosc 40 % ;3)Val. Media 70.00 - 80.00 Riconosc 75% ;4)Val. Buona 80.00 - 90.00 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima > 90.00 Riconosc 100% ;Pronto Soccorso; (Il Numero Indicato Rappresenta La % Dei Casi Trattati Entro 120 Minuti)	Edotto Direzionale - Nr. Codici Verde Con Tempi Di Attesa <= 120 Min./Nr. Totali Codici Verde	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto. La Valutazione Terrà Comunque Conto Della Eventuale Carenza Di Organico O Della Differente Organizzazione Logistica E Strutturale.	3	U.O. Dip.To Emergenza Urgenza	> 70%	> 80%	> 80%	Ucg
C16.7	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità E Appropriatezza A Area Emergenza-Urgenza	Miglioramento Funzione Filtro Del Pronto Soccorso	% Ricoveri Da Pronto Soccorso In Reparti Chirurgici Con Dgr Chirurgico Alla Dimissione (Ind. Mes C16.7)	1)Val. Pessima < 45.00 Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa 45.00 - 55.00 Riconosc 0% ;3)Val. Media 55.00 - 65.00 Riconosc 75% ;4)Val. Buona 65.00 - 75.00 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima > 75.00 Riconosc 100% ;Pronto Soccorso;	Sdo Campo Provenienza Paziente Codice "02"; Campo Tipo Di Ricovero "2"	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto	3	U.O. Dip.To Emergenza Urgenza	> 60%	> 65%	> 65%	Ucg

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
D9	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità E Appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Miglioramento Qualità Percepita	Abbandoni Da Pronto Soccorso (Ind. Mes D9)	1)Val. Pessima > 5.00 Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa 5.00 - 3.75 Riconosc 0% ;3)Val. Media 3.75 - 2.50 Riconosc 75% ;4)Val. Buona 2.50 - 1.25 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima < 1.25 Riconosc 100% ;Pronto Soccorso;	Edotto - Registro Di Pronto Soccorso	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto	3	U.O. Dip.To Emergenza Urgenza	< 3,75	< 3,75	< 2,5	Ucg
C16.3	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità E Appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Incremento Tempestività Delle Prestazioni	Percentuale Di Accessi Al Pronto Soccorso Con Codice Verde, Non Inviati Al Ricovero, Con Tempi Di Permanenza Entro Le 3 Ore	1)Val. Pessima < 60.00 Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa 60.00 - 70.00 Riconosc 40% ;3)Val. Media 70.00 - 80.00 Riconosc 75% ;4)Val. Buona 80.00 - 90.00 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima > 90.00 Riconosc 100% ;Pronto Soccorso; (Il Numero Indicato Rappresenta La % Dei Casi Trattati Entro 180 Minuti)	Edotto Direzionale - Codice Verde, Non Inviati Al Ricovero, Con Tempi Di Permanenza Entro Le 3 Ore (Antonio)	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto. La Valutazione Terrà Comunque Conto Della Eventuale Carenza Di Organico O Della Differente Organizzazione Logistica E Strutturale.	3	U.O. Dip.To Emergenza Urgenza	> 80%	> 85%	> 85%	Ucg
C16.4	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità E Appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Incremento Tempestività Delle Prestazioni	Percentuale Di Accessi Al Ps Inviati Al Ricovero Con Tempo Di Permanenza Entro Le 8 Ore (Ind. Mes C16.4)	1)Val. Pessima < 80.00 Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa 80.00 - 85.00 Riconosc 0% ;3)Val. Media 85.00 - 90.00 Riconosc 75% ;4)Val. Buona 90.00 - 95.00 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima > 95.00 Riconosc 100% ;Pronto Soccorso;	Edotto Direzionale - Accessi Al Ps Inviati Al Ricovero Con Tempo Di Permanenza Entro Le 8 Ore	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto. La Valutazione Terrà Comunque Conto Della Eventuale Carenza Di Organico O Della Differente Organizzazione Logistica E Strutturale.	3	U.O. Dip.To Emergenza Urgenza	> 85%	> 90%	> 90%	Ucg
C5.2	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità E Appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Incremento Degli Interventi Su Fratture Del Collo Del Femore Operate Entro 2 Giorni Dall'Ammissione	% Fratture Collo Del Femore Operate Entro 2 Giorni Dall'Ammissione (Ind. Mes C5.2)	1)Val. Pessima < 41.00 Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa 41.00 - 54.00 Riconosc 0% ;3)Val. Media 54.00 - 67.00 Riconosc 75% ;4)Val. Buona 67.00 - 90.00 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima > 90.00 Riconosc 100% ;Ortopedie;	Edotto Direzionale Sdo-G122	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto	3	U.O. Ospedaliere Chirurgiche	> 85%	> 85%	> 90%	Ucg

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N.1.24	2	Appropriatezza E Qualita'	Qualità Cure Rete Ospedaliera	Riduzione Parti Cesarei Primari	% Cesarei Primari	1)Val. Pessima > 30% Riconosc 0%; 2) Val. Scarsa Fra 25 E 30% Riconosc 30%; 3)Val. Media Fra 20 E 25% Riconosc 70%; 4)Val. Buona Fra 15 E 20% Riconosc 90%; 5)Val. Ottima < 20% Riconosc 100%)	Num Parti Cesari Primari / Num Totale Di Parti Con Nessun Pregresso Cesareo * 100	Calcolo Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Edotto	3	U.O. Ospedaliere Mediche	> 85%	> 85%	> 90%	Ucg
M18	2	Appropriatezza E Qualita'	Variabilità Attività Chirurgica	Migliorare Efficienza Organizzativa Per Interventi Chirurgici Di Colectistomia	Valutare La Degenza Media, Pre E Post Operatoria, E Gli Esiti (Modalità Dimissione, Interventi/Procedure Secondarie, Complicanze) Dei Ricoveri Per Colectistomia Laparoscopica E Non (Laparotomica)	Obiettivo Raggiunto (100%) Se Degenza Media Pre Operatoria 0-1 Giorno E Degenza Media Post Operatoria <3 Giorni, Tenuto Conto Delle Urgenze E/O Modalità Dimissione; Obiettivo Parzialmente Raggiunto (60%) Se Degenza Media Post Operatoria Tra 3-4 Giorni; Obiettivo Non Raggiunto Se Degenza Media Post Operatoria >= 5 Giorni	Corretta Rilevazione E Codifica Sdo Per Colectistomia, Degenza Media (Pre E Post Operatoria) Dei Drg 196, 198 E 494 (Eccetto Urgenze Da Ps)	Casistica Chirurgica Relativa Alle Sdo Con Drg 196,198, 494. Interventi: 51.22; 51.23. Volume Ricoveri N. 90 Casi/Anno (Vedere Protocollo Pn). Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Migliorato O Meno La Degenza Media Pre E Post Operatoria Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	3	U.O. Ospedaliere Chirurgiche	Degenza Post Operatoria < 5 Gg	Degenza Post Operatoria < 4 Gg	Degenza Post Operatoria < 3 Gg	Ucg
M19	2	Appropriatezza E Qualita'	Valutazione Punti Nascita	Migliorare Efficienza Organizzativa Ed Esiti Dei Punti Nascita Aziendali	Valutare I Volumi Delle Nascite Nei Reparti Di Ostetricia Ed I Relativi Parti Cesarei Primari	Se Esito/Outcome Dei Parti Cesarei Primari È Inferiore O Uguale Al Valore Soglia Di Riferimento Obiettivo Raggiunto (100%). Eventuale Raggiungimento Parziale (50%) Con Margine Di Scostamento Entro Il 10% (Per Problemi Organizzativi) Rispetto Alle Soglie Ministeriali, Diversamente Non Raggiunto.	N. Complessivo Drg 370-375 Per Punto Nascita (Se < O > 1000 Parti) E Verifica % Parti Cesarei Primari Su Drg 370-371 Vs Soglie (15% Con Parti < 1.000; 25% Con Parti > 1.000)	Casistica Relativa Alle Sdo Con Drg 370-375. Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Migliorato O Meno Gli Esiti Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	3	U.O. Ospedaliere Chirurgiche	Rispetto Dei Range Previsti	Rispetto Dei Range Previsti	Rispetto Dei Range Previsti	Ucg
M20	2	Appropriatezza E Qualita'	Variabilità Attività Chirurgica Robotica (Computer - Assistita)	Migliorare Efficienza Organizzativa E Clinica Per Interventi Chirurgici Computer Assistiti (Robotica), Rispettando I Seguenti Volumi Programmati Nei Piani Aziendali/Business Plan. Chirurgia Generale Di Andria (N. 70 Interventi Da Vinci Che Diventeranno N. 100 Dal 2022 - N. 34 Interventi Flex Robotic System) - Urologia Andria (N. 95 Interventi Da Vinci Che Diventeranno 134 Dal 2022) - Otorinolaringoiatria (N. 50 Interventi Flex Robotic System).	Valutare Volumi Di Attività Dei Ricoveri Con Interventi Chirurgici In Robotica	1) Valutazione Scarsa N. Interventi Inferiore Al 50% Degli Interventi Programmati. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Sufficiente N. Interventi Compresi Fra Il 50% E Il 70% Degli Interventi Programmati. Riconoscimento 50% 3) Valutazione Buona N. Interventi Compresi Fra Il 70% E Il 100% Degli Interventi Programmati. Riconoscimento Pari Alla % Raggiunta 4) Valutazione Ottima N. Interventi >= A Quelli Programmati. Riconoscimento 100%;	Individuazione Delle Sdo Con Intervento Chirurgico Secondario O Principale 00.3X Per La Disciplina Di Otorinolaringoiatria, Chirurgia Generale Ed Urologia	L'Ucg Elaborerà Un Report Per U.O. Con Indicazione Della Casistica Trattata Per La Verifica Dei Volumi Di Attività Previsti Nella Programmazione Aziendale.	3	U.O. Strutture Ospedaliere	Rispetto Dei Numeri Previsti Nei Piani Di Programmazione Aziendale	Rispetto Dei Numeri Previsti Nei Piani Di Programmazione Aziendale	Rispetto Dei Numeri Previsti Nei Piani Di Programmazione Aziendale	Ucg
M21.2	2	Appropriatezza E Qualita'	Valutazione Reti Tempo Dipendenti - Ictus	Garantire Efficienza Organizzativa Per Interventi E Procedure Riguardanti Ictus A Seguito Epidemia Per Covid-19	Valutare I Volumi Di Attività Della Stroke Unit Riguardanti L'ictus Ischemico (Somministrazione Di Agente Trombolitico E Procedure Interventistiche Di Trattamento Endovascolare)	Se Volume Di Attività > 20% Rispetto All'Anno Precedente Obiettivo Raggiunto: 100%; Se Volume Di Attività Compreso Tra 10-20% Rispetto All'Anno Precedente Obiettivo Parzialmente Raggiunto: 60%; Se Volume Di Attività < 10% Rispetto All'Anno Precedente Obiettivo Non Raggiunto.	N. Sdo Con Drg 559 E Quelle Con Procedure Di Radiologia Interventistica O Endovascolare Per Ictus Ischemico (Diagnosi Principale: 433.X1; 434.X1; 436; Procedure: 99.10; 00.61-00.65; 39.72; 39.74; 39.50)	Ucg. Riscontro Incrociato Tra Il Numero Delle Procedure Effettuate Dalla Uos Di Radiologia Interventistica E Procedure Inserite Nelle Sdo Per I Ricoveri Diversi Da Drg 599 Associato Alla Trombolisi Endovenosa (99.10). In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentato O Meno Il Numero Dei Ricoveri E/O Procedure Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	3	U.O. Strutture Ospedaliere	> 10% Anno Di Riferimento	> 15% Anno Di Riferimento	> 20% Anno Di Riferimento	Ucg

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
M21.3	2	Appropriatezza E Qualita'	Valutazione Reti Tempo Dipendenti - Trauma	Garantire Efficienza Organizzativa Per Interventi E Procedure Riguardanti Trauma A Seguito Epidemia Per Covid-19	Valutare I Volumi Di Attività Riguardanti Le Fratture Di Femore, Tibia E Perone	Se Degenza Media < =2 Giorni Obiettivo Raggiunto (100%); Se Compreso Tra 3 -5 Giorni Obiettivo Parziale Raggiunto (60%); Se > 5 Giorni Obiettivo Non Raggiunto.	Degenza Media Pre Operatoria Entro Range Di Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Migliorato O Meno Gli Esiti Attesi Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita, Nonché Di Eventuali Problematiche Organizzative Riguardanti Disponibilità Di Sala Operatoria Ovvero Dipendenti Da Altri Servizi Sanitari. Vedere Protocolli Pne		3	U.O. Ospedaliere Chirurgiche	< = 2 Gg Femore ; < 5 Tibia E Perone ;	< = 2 Gg Femore ; < 5 Tibia E Perone ;	< = 2 Gg Femore ; < 5 Tibia E Perone ;	Ucg
Q.2	2	Appropriatezza E Qualita'	Discutere Un Numero Di Casi Operati Per Neoplasie Mammarie Nelle Chirurgie Della Aslbt Superiore All'80%	Riunioni Settimanali	Numero Di Casi Discussi	1)Val. Pessima Meno Del 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 80% Riconoscimento 65% 3) Val. Ottima >80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Casi Discussi / Numero Casi Che Necessitano Trattamento Radioterapico E/O Chemioterapico	Invio All Ucg Del Report Analitico Dal Quale Si Evincano Date Di Incontro, Numero Di Casi Esaminati, Numero Di Casi Che Necessitano Di Specifico Trattamento Radioterapico E/O Chemioterapico, Numero Di Casi Trattati	2	U.O. Ospedaliere Mediche	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
Q.3	2	Appropriatezza E Qualita'	Discussione Multidisciplinare Dei Tumori Del Retto	Partecipazione Ad Almeno 30 Incontri Di Colon Unit	Incontri Periodici Al Fine Di Curare In Maniera Multidisciplinare I Tumori Del Retto.	1)Val. Pessima Meno Del 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 80% Riconoscimento 65% 3) Val. Ottima >80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Casi Discussi / Numero Casi Che Necessitano Trattamento Radioterapico E/O Chemioterapico	Invio All Ucg Del Report Analitico Dal Quale Si Evincano Date Di Incontro, Numero Di Casi Esaminati, Numero Di Casi Che Necessitano Di Specifico Trattamento Radioterapico E/O Chemioterapico, Numero Di Casi Trattati	2	U.O. Ospedaliere Mediche	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M21.1	2	Appropriatezza E Qualita'	Valutazione Reti Tempo Dipendenti - Ima	Garantire Efficienza Organizzativa Per Interventi E Procedure Riguardanti Ima A Seguito Epidemia Per Covid-19	Valutare I Volumi Di Attività Interventistica Del Servizio Di Emodinamica Relativi Alle Procedure Di Angioplastica (Ptca) Per Ima O Altre Cardiopatie E Per Altre Patologie Non Coronariche/Cardiologiche	Obiettivo Raggiunto (100%) Se Procedure Ptca E Diagnostiche Di Ambito Cardiologico > = 95% Rispetto A Quelle Per Patologie Non Cardiologiche; Obiettivo Parzialmente Raggiunto (60%) Se >= 90%; Obiettivo Non Raggiunto Se < 90%	N. Sdo Con Ptca Coronarica (00.66) Per Ima (410.Xx), Altra Rimozione Di Ostruzione Dalle Coronarie (39.90), Coronarografie (8856) E Cateterismo Cuore Sinistro (3722) E N. Sdo Con Angioplastica Non Coronarica (39.50; 00.61 - 00.65)	Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo, Tenuto Conto Dell'Attività In Urgenza E Quella In Elezione. Le Patologie Cardiologiche Sono Riferibili Alle Diagnosi Principali Di Dimissione 410 - 414. L'Eventuale Inserzione Di Stent Coronarici È Identificata Da 36.06 E 36.07. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentato O Meno Il Numero Dei Ricoveri Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	2	U.O. Ospedaliere Mediche	>= 90%	>= 90%	>= 90%	Ucg
S12.C	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità Di Processo (Riduzione Del Contenzioso)	Definizione Nel Corso Dell'Anno Di Almeno 4 Nuove Procedure Operative	Proposta Di Deliberazione Per L'Adozione Della Procedura Operativa	1)Val. Pessima Meno Di 2 Proposte Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Meno Di 4 Proposte Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima Almeno 4 . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Proposte Inserite Nella Procedura Di Adozione Delle Delibere/Deterine	La Struttura Comunicherà All'Ucg La Pratica Inserita Nel Sistema Operativo Per La Redazione Degli Atti Dando Evidenza Dell'Avvenuta Consegna Della Proposta In Direzione.	1	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	Almeno 3 Indicatori Più Performanti Rispetto Alla Media Regionale	Almeno 4 Indicatori Più Performanti Rispetto Alla Media Regionale	Almeno 4 Indicatori Più Performanti Rispetto Alla Media Regionale	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S12.D	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità Di Processo (Riduzione Del Contenzioso)	Definizione Nel Corso Dell'Anno Di Un Correttivo Per Ogni Evento Sentinella Verificatosi	Protocollo Con Cui È Stato Formalizzato Il Correttivo	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.	Esistenza Di Un Protocollo Per Ogni Evento Sentinella	La Struttura Comunicherà All'Ucg Il Numero Di Eventi Sentinella Verificatisi (Ovvero Trasmessi Al Ministero) Indicando Per Ciascuno Il Protocollo Del Correttivo	1	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S12.E	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità Di Processo (Riduzione Del Contenzioso)	Attivazione Di Almeno 3 Audit Per Ogni Procedura Esistente Attestata Da Verbale Controfirmato Dall'Unità Oggetto Di Controllo.	Verbale Di Audit Con Unità Operative Interessate	1)Val. Pessima Numero Controlli Effettuati < 50% Dei Controlli Previsti Riconoscimento 0%; 2) Val. Media, Numero Controlli Effettuati > 50% < 75% Riconoscimento 60% Del Peso Previsto. 3) Val. Buona, Numero Controlli Effettuati > 75% < 100 % Riconoscimento 75% Del Peso Previsto. 4) Val. Ottima, Numero Controlli Effettuati >= 100% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Audit Effettuati Nell'Anno / Numero Di Audit Programmati	La Struttura Dovrà Comunicare All'Ucg Un Report Di Tutti I Protocolli Esistenti Alla Data Odierna Dei Soggetti Aziendali Tenuti All'Osservazione Degli Stessi E Del Numero Di Soggetti Sottoposti A Controllo Circa L'Avvenuto Rispetto Del Protocollo Avendo Cura Di Indicare La Data Del Controllo Come Da Verbale Da Archiviare Agli Atti.	1	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	> 75%	> 85%	> 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S12.F	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Qualità Di Processo (Riduzione Del Contenzioso)	Miglioramento Delle Procedure Esistenti Per La Prevenzione Del Rischio Da Infezioni Ospedaliere E Attivazione Di Almeno 1 Audit Per Ciascuna Struttura Aziendale Interessata Sul Rispetto Delle Procedure Per La Prevenzione Del Rischio Sulle Infezioni Ospedaliere.	Verbale Di Audit Con Le Strutture. Obiettivo Aggiuntivo Rispetto Al Precedente S12.E	1)Val. Pessima Numero Controlli Effettuati < 50% Dei Controlli Previsti Riconoscimento 0%; 2) Val. Media, Numero Controlli Effettuati > 50% < 75% Riconoscimento 60% Del Peso Previsto. 3) Val. Buona, Numero Controlli Effettuati > 75% < 100 % Riconoscimento 85% Del Peso Previsto. 4) Val. Ottima, Numero Controlli Effettuati > 100% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Audit Effettuati Nell'Anno / Numero Di Audit Programmati	La Struttura Dovrà Comunicare All'Ucg Un Report Di Tutte Le Strutture Da Sottoporre A Controllo E Di Tutte Le Strutture Controllate Con Indicazione Delle Data Di Controllo Che Dovranno Essere Attestate Da Verbale Controfirmato Dalla Struttura E Archiviato Agli Atti Del Risk Management.	1	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	> 75%	> 85%	> 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S21.A	2	Appropriatezza E Qualita'	Verifica Delle Segnalazioni Ricevute Dagli Utenti Rispetto Alle Varie U.O.	Adozione Di Una Procedura Che Consenta Di Monitorare Le Segnalazioni Pervenute Dagli Utenti, Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascuna Segnalazione Le Seguenti Informazioni: 1) Data Di Ricevimento Della Segnalazione; 2) Tipologia Di Segnalazione; 3) Struttura Destinataria Della Segnalazione; 4) Dati Anagrafici Del Soggetto Che Ha Presentato Segnalazione Se Non Anonimo 5) Descrizione Analitica Della Segnalazione Presentata; 6) Estremi Della Richiesta Mail Effettuata Al Responsabile Della Struttura Aziendale Interessata (Comunicazione Da Effettuarsi All'Indirizzo Mail Aziendale Del Responsabile Della U.O) 7) Estremi Della Data Di Ricevimento Delle Controdeduzioni Da Parte Della Struttura; 8) Data Di Riconfronto Al Segnalante Se Non Anonimo	Esistenza Del Registro Informatico (Excel - Access O Altri Strumenti Ritenuti Idonei) Di Registrazione Delle Segnalazioni E Trasmissione Al Controllo Di Gestione Entro 30 Gg Dalla Fine Di Ciascun Quadrimestre	1)Val. Pessima Rilevazione Non Effettuata O Incompleta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Buona Invio Di Almeno 2 Reportcon Un Ritardo Non Superiore A 30 Giorni. Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima Invio Di Tutti Di Db Richiesti Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 45 Giorni. Riconoscimento 100%	Verifica Avvenuto Invio Del Db Al Controllo Di Gestione	La Struttura Dovrà Inviare In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Copia Delle Mail Attestanti L'Avvenuto Invio	1	U.O.S.V.D. Informazione E Comunicazione	Invio Di Almeno 2 Db Aggiornati Con Ritardo <30 Gg	Invio Di Almeno 2 Db Aggiornati Con Ritardo <30 Gg	Invio Dei 3 Db Aggiornati Con Ritardo <45 Gg	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S18.A	2	Appropriatezza E Qualita'	Presenza Ad Incontri Multidisciplinari Area Oncologica	Garantire La Partecipazione Di Uno Psiconcologo Agli Incontri Multidisciplinari Per Pazienti Oncologici	Presenza Agli Incontri Programmati	1)Val. Pessima Meno Del 80% Di Presenza Agli Incontri Programmati Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 80% E 90% Degli Incontri Programmati Riconoscimento 75% 3) Val. Ottima Oltre 90% Degli Incontri Programmati. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Presenza Effettiva / Incontri Programmati	Il Responsabile Della Brest Unit Dovrà Trasmettere All'Ucg Report Con Indicazione Delle Date Delle Riunioni Multidisciplinari Svoltesi Nell'Anno Indicando Per Ciascuna Data Soggetti Invitati A Partecipare E Soggetti Effettivamente Presenti	1	U.O.S.V.D. Psicologia Clinica	> 90%	> 90%	> 90%	Responsabile Brest Unit

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
Q.7	2	Appropriatezza E Qualita'	Miglioramento Della Qualita' Percepita Dagli Utenti Del Servizio	Valutazione Della Qualita' Percepita Dall'Utenza Attraverso Un Sistema Di Rilevazione Ed Analisi Dei Risultati Da Condividere Con Ufficio Qualita' E Comunicazione	Report Sulle Risultanze Emerse Dal Questionario	1)Val. Pessima Nessuna Relazione Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Invio Relazione Entro Il 31/12/Anno Corrente. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Esistenza Report	La Struttura Fornirà Una Relazione In Cui Indicherà Il Numero Dei Questionari Ritirati Che Resteranno Agli Atti Della Stessa, Punti Di Forza E Le Principali Criticità Emerse Ed Una Proposta Finalizzata A Superare Tali Criticità';	1	U.O.S.V.D. Patologia Clinica Di Base P.O. Bisceglie	Predisposizione e Relazione	N.A.	N.A.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M2	2	Appropriatezza E Qualita'	Risk Management Su Attività Clinica	Attraverso I Dati Informativi Dell'Area Gestione Ricoveri Di Edotto Gestionale Valutare Incidenza Nelle Sdo Anno Successivo Dei Pazienti Che Riportato Nelle Diagnosi Sepsis, Embolia Polmonare, Trombosi Venosa Profonda Post Chirurgica Oppure Asfissie Per/Intra Partum, Ivu.	Trasmettere Alla Direzione Strategica I Report Informativi (Scadenze: Luglio E Gennaio Anno+1) Sulla Base Di Analisi Delle Sdo Che Nelle Diagnosi Presentano Le Specifiche Codifiche Id9-Cm, Tenuto Conto Anche Degli Indicatori Mes.	Due Report Trasmessi (Obiettivo Raggiunto; 100%); 1 Report Trasmesso (Obiettivo Parzialmente Raggiunto: 50%); Nessun Report Trasmesso (Obiettivo Non Raggiunto: 0%).	Predisposizione Di N. 2 Report Informativi Specifici Infrannuali (Presidio/Reperto/Articolazione ...) In Relazione Alle Diverse Situazioni Cliniche "Sentinella" (Si/No)	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Ecc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Ecc. Ai Soggetti/Uffici Interessati, Tenuto Conto Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere (0 - 10%) Espresso Dalla Direzione. Considerare Anche Le Indicazioni Cliniche Di Cui Alla Delibera Aziendale N. 2384/Anno Precedente Per Shock Settico E N. 205/Anno Corrente Per Ivu.	1	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	Invio Del 2 Report	Invio Dei 2 Report	Invio Dei 2 Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M3	2	Appropriatezza E Qualita'	Mortalità Intraospedaliaca Per Patologie Oncologiche	Attraverso I Dati Informativi Dell'Area Gestione Ricoveri Di Edotto Gestionale Valutare Incidenza/Prevalenza Della Mortalità Intraospedaliaca Per Patologie Oncologiche	Trasmettere Report Annuale Sulla Mortalità Intraospedaliaca 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.	Report Annuale Trasmesso (Obiettivo Raggiunto; 100%); Nessun Report Trasmesso (Obiettivo Non Raggiunto; 0%).	Riscontro Della Trasmissione Del Report Annuale Con Indicatori Mes Alla Direzione Strategica (Si/No)	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Ecc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Ecc. Ai Soggetti/Uffici Interessati, Tenuto Conto Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere (0 - 10%) Espresso Dalla Direzione.	1	S.Comp. Epidemiologia E Statistica	Invio Del Report	Invio Del Report	Invio Del Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M7.1	2	Appropriatezza E Qualita'	Procurement Per Attività Trapiantologica	Potenziamento Delle Attività Di Procurement Per Attività Trapiantologica	Trasmettere Alla Direzione Strategica Relazione Annuale Sulle Attività Svolte E Che Tenga Conto Anche Dei Criteri Mes	Report Annuale Delle Attività Svolte Trasmesso (Obiettivo Raggiunto: 100%); Nessun Report Trasmesso (Obiettivo Non Raggiunto: 0%).	Riscontro Della Trasmissione Del Report Annuale Alla Direzione Strategica (Si/No) Considerando Anche Le Specifiche Indicazioni Mes	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Ecc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Ecc. Ai Soggetti/Uffici Interessati, Tenuto Conto Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere (0 - 10%) Espresso Dalla Direzione.	1	U.O.S.V.D. Coordinamento Trapianti	Invio Relazione Annuale	Invio Relazione Annuale	Invio Relazione Annuale	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
T16	2	Appropriatezza E Qualita'	Umanizzazione Dell'Assistenza E Delle Cure In Pediatria E Neonatologia	Sedazione Autogestita Dal Personale Della U.O. Di Pediatria Per Le Procedure Diagnostiche Non Dolorose (Rmn, Tac)	Stesura Procedura Operativa E Implementazione Dell'Attività D'Intesa Con L'U.O. Di Anestesia E Rianimazione	100% Se Trasmessa La Documentazione	Elaborazione Procedura. Inizio Attività Con Comunicazione Del N° Di Procedure Effettuate	Trasmissione Verbale Discussione Procedura E Invio Copia Della Stessa. Report N° Di Prestazioni Effettuate.	1	S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia	Elaborazione Della Procedura	N.A.	N.A.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T17	2	Appropriatezza E Qualita'	Previo Accordo Con L'Ufficio Comunicazione e Asl Bat - Creazione Carta Dei Servizi Ematologia Aslbt	Definizione Carte Dei Servizi Della Uo	Qualitativo	100%- Si; 0% - No	Si/No	Attestazione Da Parte Ufficio Comunicazione Della Carta Dei Servizi E/O Pubblicazione Su Sito Aziendale	1	S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	Predisposizione Carta Dei Servizi	N.A.	N.A.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T18	2	Appropriatezza E Qualita'	Qualità Assistenza	Sistema Assicurazione Qualita'	Controlli Di Qualita' Sui Radiofarmaci	Esecuzione Dei Controlli Di Qualita' Dei Radiofarmaci 1 Per Ogni Lotto	0% Non Esecuzione Cq Radiofarmaci - 100% Esecuzione Cq Sui Radiofarmaci	Trasmissione Report Dei Cq Sui Radiofarmaci-1 Per Ciascun Lotto.	1	S.Comp. P.O. Barletta - Medicina Nucleare	Almeno 1 Controllo Per Lotto	Almeno 1 Controllo Per Lotto	Almeno 1 Controllo Per Lotto	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T19	2	Appropriatezza E Qualita'	Qualità Assistenza	Diagnosi E Terapie Innovative	Esecuzione Di Pet Gallo 68 Dota - Tumori Rari Neuroendocrino	Esecuzione Di Pet Gallo 68 Dota. 1 Seduta A Settimana	0% 10 Sedute \Anno-50% 25 Sedute\Anno-100% 50 Sedute Anno	Report Semestrale : Numero Sedute\Settimane Trascorse (50 Anno). I Dati Devono Essere Rilevati Dal Sistema Edotto. La Struttura Fornira' In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Report Edotto Attestanti Le Attività Effettuate.	1	S.Comp. P.O. Barletta - Medicina Nucleare	Almeno 35 Sedute Annue	Almeno 45 Sedute Annue	Almeno 50 Sedute Annue	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T20	2	Appropriatezza E Qualita'	Qualità Assistenza	Diagnosi E Terapie Innovative	Esecuzione Terapia Lutathera Tumori Del Neuroendocrino-Tumori Rari Neuroendocrino	Esecuzione Di Terapia Con Lutathera	0% Nessuna Terapia-50% 2 Terapie\Anno-100% 5 Terapie Anno	Report Semestrale Numero Terapie. I Dati Devono Essere Rilevati Dal Sistema Edotto. La Struttura Fornira' In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Report Edotto Attestanti Le Attività Effettuate.	1	S.Comp. P.O. Barletta - Medicina Nucleare	>2 Terapie Annue	>4 Terapie Annue	>5 Terapie Annue	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T21	2	Appropriatezza E Qualita'	Qualità Assistenza	Incremento Produttività Numero Prestazioni Ad Alta Fatturazione	Numero Pet Fdg 2021 Vs Numero Pet Fdg 2020	1) Valutazione Scarsa Aumento Pet Fdg Del < 5% Riconoscimento 0%. 2) Valutazione Ottima Aumento Pet Fdg Del >= 5% Riconoscimento 100%	Numero Pet Fdg 2021 \ Numero Pet Fdg 2020 X 100	Ris Pacs Aziendale. La Struttura Fornira' In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Report Edotto Attestanti Le Attività Effettuate.	1	S.Comp. P.O. Barletta - Medicina Nucleare	>= 5%	>= 5%	>= 5%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T24	2	Appropriatezza E Qualita'	Riduzione Delle Radiografie Per Il Controllo Del Giusto Posizionamento Degli Accessi Vascolari	Posizionamento Di Accessi Vascolari Ad Utenti Ricoverati E Non, Con Utilizzo Di Ecg Guida.	Radiografie Del Torace Richieste.	1) Val. Pessima> 80% Numero Di Radiografie Richieste Sul Totale Di Accessi Vascolari (0%). 2) Val. Scarsa Tra L'80 E Il 70% Di Radiografie Richieste Sul Totale Di Accessi Vascolari (20%). 3) Val. Media Tra Il 70 E Il 60% Numero Di Radiografie Richieste Sul Totale Di Accessi Vascolari (50%). 4) Val. Buona Tra Il 60 E Il 50% Numero Di Radiografie Richieste Sul Totale Di Accessi Vascolari (70%). 5) Val. Ottima < Al 50% Numero Di Radiografie Richieste Sul Totale Di Accessi Vascolari (100%)	Numero Di Radiografie Richieste Su Totale Di Accessi Vascolari Posizionati	Numero Delle Radiografie Del Torace Richieste Post Procedurali Da Parte Della Uosvd Di Terapia De Dolori.	1	U.O.S.V.D. Terapia Del Dolore	< 60%	< 55%	< 50%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T25	2	Appropriatezza E Qualita'	Donazione Tessuti	Effettuare Un Colloquio Per Ottenimento Non Opposizione Per Ogni Decesso Di Potenziale Donatore Idoneo	Numero Di Schede Sspd Di Idonei	>50% Riconoscimento 100%; <50% Riconoscimento 0	Numero Di Schede Svcp / Numero Di Schede Sspd Di Idonei	La U.O. Attesterà Il Numero Di Schede Svcp Rispetto Al Numero Di Schede Sspd Di Idonei	1	U.O.S.V.D. Coordinamento Trapianti	> 50%	> 70%	> 80%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
T26	2	Appropriatezza E Qualita'	Donazione Tessuti	Realizzazione Di Un Evento Formativo Destinato Al Personale Dei Presidi Ospedalieri Dell'Azienda	Effettuazione Corso	Evento Organizzato 100%	Si/No	La U.O. Consegnrà All'Ucg Attestazione Della Uosvd Formazione Attestante L'Avvenuto Corso	1	U.O.S.V.D. Coordinamento Trapianti	Organizzazione Di Evento	Organizzazione Di Evento	Organizzazione Di Evento	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T27	2	Appropriatezza E Qualita'	Donazione Tessuti	Predisposizione Di Piano Annuale Di Individuazione Dei Soggetti Preposti Alla Partecipazione All'Attività Di Procurement	Invio Comunicazione	Piano Formativo 100%	Si/No	La U.O. Formalizzerà Una Comunicazione Per Ciascun Presidio Indirizzata Ai Referenti Individuati Ed Ai Responsabili Di U.O.	1	U.O.S.V.D. Coordinamento Trapianti	Invio Comunicazione E A Tutti I Soggetti Interessati	Invio Comunicazione E A Tutti I Soggetti Interessati	Invio Comunicazione E A Tutti I Soggetti Interessati	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T28	2	Appropriatezza E Qualita'	Umanizzazione Dell'Assistenza E Delle Cure In Pediatria E Neonatologia	Protocollo Aziendale Diagnostico Terapeutico Di 1) Asma 2) Emangiomi 3) Neutropenieomi 3) Neutropenie, Proposta Da Discutere Con Le Uuoo Di Andria E Bisceglie. I Protocolli O Linee Guida Aziendali Dovranno Essere Approvati O Ratificati Da Rischio Clinico E/O Qualità.	Elaborazione Pdta	100% Se Predisposti 3 Protocolli; 50% 1-2 Protocolli;	N° 3 Procedure Elaborate Entro Il 31/12/2021	Invio All'Ucg Del Verbale Di Discussione Delle Procedure Elaborate Con I Soggetti Interessati E Copia Delle Procedure Predisposte.	1	S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia	Almeno 2 Protocolli	Predisposizione Di Tutti I Protocolli	Predisposizione Di Tutti I Protocolli	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T31	2	Appropriatezza E Qualita'	Processo Operativo: Linee Guida Per La Presa In Carico Del Paziente P.A. Ortopedico	Costituzione Del Tavolo Tecnico Finalizzato Alla Revisione E Aggiornamento Delle Linee Guida Aziendali Per La Presa In Carico Del Paziente Post Acuto Dopo Intervento Chirurgico Ortopedico Per Frattura Di Femore	Verbal Di Discussione - Documento Finale	100% Se Predisposti Verbal E Documento Finale; 50% Se Predisposti Solo Verbal	N. 3 Verbal Di Discussione E Documento Finale	Trasmissione Documentazione Ad Ucg	1	S.Comp. Struttura Sovra-Distrettuale - Direzione Dipartimento	Invio Verbal E Documento Finale	Invio Verbal E Documento Finale	Invio Verbal E Documento Finale	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T33	2	Appropriatezza E Qualita'	Verifica Della Qualità Percepita Dagli Assistiti/Utenti I Rispetto Alle Varie U.O.	Elaborazione E Somministrazione Di Un Questionario Di Gradimento Sull'Assistenza Riabilitativa Erogata "Da Remoto" Durante Il Periodo Di Emergenza Sanitaria Per L'Infezione Covid-19	100% Dei Questionari Somministrati Agli Utenti Interessati - Analisi Delle Risultanze	Riconoscimento 100% Se Trasmessa Tutta La Documentazione; Riconoscimento 0% Mancata Trasmissione Documentazione	N° Utenti Ai Quali È Stato Somministrato Il Questionario/N° Degli Utenti Assisitiit "Da Remoto". Elaborazione Dei Dati Finali.	Trasmissione Documentazione Ad Ucg Riguardante Tipologia Del Questionario Somministrato E Le Relative Modalità Operative E Le Risultanze Finali Ricontrate	1	S.Comp. Struttura Sovra-Distrettuale - Direzione Dipartimento	Somministrati one Questionari > 90%	Somministrati one Questionari 100%	Somministrati one Questionari 100%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T39	2	Appropriatezza E Qualita'	Trattamento Delle Patologie Croniche Degenerative - Attivazione Piano Regionale Prevenzione (Prp)	Organizzazione Con Il Patrocinio Dell'Anmco Della Manifestazione "Cardiologie Aperte"	Qualitativo - Organizzazione Manifestazione	100% Se Coinvolgimento Nella Manifestazione; 0% Se Non Coinvolta	Qualitativo: Si/No	Documentazione Inviata Alla Direzione Strategica Ed Alla Uosvd Da Parte Dell'Anmco, Che Certifici Il Coinvolgimento Della U.O.S.V.D. Nella Manifestazioe Nazionale	1	U.O.S.V.D. Riabilitazione Cardiologica Canosa	Organizzazione E Evento	Organizzazione E Evento	Organizzazione E Evento	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N.1.19A	3	Assistenza Territoriale	Potenziamento Tempestività Erogazione Assistenza Domiciliare / Ricoveri In Strutture	Riduzione Dei Tempi Per La Valutazione Dei Casi In Uvm	Giorni Decorrenti Dalla Data Di Presentazione Dell'Istanza Alla Data Di Valutazione In Uvm	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%;	Somma Di Giorni (Data Verbale Uvm - Data Protocollo Istanza) / Numero Di Istanze Pervenute E Protocollate Nell'Anno.	L'Assegnatario Dovrà Tenere Un Registro Su Supporto Informatico (Excel) In Cui Annoterà Per Ciascuna Istanza Pervenuta Le Seguenti Informazioni. Numero E Data Protocollo Richiesta, Numero E Data Verabile Uvm, Differenza Fra Data Uvm E Data Istanza. Al Termine Dell'Anno Produrrà Un Report Con Le Indicazioni Analitiche Ed Il Calcolo Della Media Complessiva;	5	U.O. Distretti E Altra Assistenza Territoriale	N. Gg<15	N. Gg<10	N. Gg<10	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N.1.19B	3	Assistenza Territoriale	Potenziamento Tempestività Erogazione Assistenza Domiciliare / Ricoveri In Strutture Per Gli Oncologici.	Riduzione Dei Tempi Per La Valutazione Dei Casi In Uvm	Giorni Decorrenti Dalla Data Di Presentazione Dell'Istanza Alla Data Di Valutazione In Uvm	1)Val. Pessima > 4,99 Gg Medi Riconosc 0% ; 2) Val. Ottima Minore Di < 5 Giorni Riconosc 100%;	Somma Di Giorni (Data Verbale Uvm - Data Protocollo Istanza) / Numero Di Istanze Pervenute E Protocollate Nell'Anno.	L'Assegnatario Dovrà Tenere Un Registro Su Supporto Informatico (Excel) In Cui Annoterà Per Ciascuna Istanza Pervenuta Le Seguenti Informazioni. Numero E Data Protocollo Richiesta, Numero E Data Verabile Uvm, Differenza Fra Data Uvm E Data Istanza. Al Termine Dell'Anno Produrrà Un Report Con Le Indicazioni Analitiche Ed Il Calcolo Della Media Complessiva;	5	U.O. Distretti E Altra Assistenza Territoriale	N. Gg<5	N. Gg<5	N. Gg<5	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S19.A	3	Assistenza Territoriale	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	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;E Trasmissione Entro Il Giorno 30 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Il Database Senza Nominativi Dei Pazienti All'Ucg	Esistenza Del Db Per Paziente E Invio Trimestrale	1)Val. Pessima Nessun Invio Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Scarsa Invio Di Almeno 1 Db . Riconoscimento 30% 3) Val. Media Invio Di Almeno 3 Db . Riconoscimento 70%; 4) Valutazione Ottima Invio Dei 4 Db Con Un Ritardo Complessivo Dei 4 Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 100%.	Verifica Avvenuto Invio Dei Db	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	2	U.O. Dipartimenti Territoriali	Invio Tutti Db Previsti Con Ritardo <45 Gg	Invio Tutti Db Previsti Con Ritardo <30 Gg	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S17.A	3	Assistenza Territoriale	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Presenza In Carico Del Paziente Affetto Da Lupodpatia	Numero Di Pazienti Presi In Carico	1)Val. Pessima % < 60% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media % Compresa Fra Il 60% E L'80% Riconoscimento 65% 3) Val. Ottima % > 80% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Pazienti Presi In Carico Al 31/12/Anno Corrente /Numero Richieste Totali	La Struttura Dovrà Consegnare Un Report Con Indicazione Delle Istanze Da Prendere In Carico Al 31/12/Anno Precedente E Di Quelle Pervenute Nel Corso Del Anno Corrente Con Indicazione Per Ciascun Soggetto Dell'Avvenuta Presa In Carico.	1	S.Comp. Sert - Sert Andria - Dss 1 - Dss 3 (Direzione)	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S17.B	3	Assistenza Territoriale	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Presa In Carico Del Paziente Affetto Da Altre Dipendenze Patologiche (Es. Alcolismo, Tossicodipendenza Ecc.)	Numero Di Pazienti Presi In Carico	1)Val. Pessima % < 60% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media % Compresa Fra Il 60% E L'80% Riconoscimento 65% 3) Val. Ottima % > 80% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Pazienti Presi In Carico Al 31/12/Anno Corrente /Numero Richieste Totali	La Struttura Dovrà Consegnare Un Report Con Indicazione Delle Istanze Da Prendere In Carico Al 31/12/Anno Precedente E Di Quelle Pervenute Nel Corso Del Anno Corrente Con Indicazione Per Ciascun Soggetto Dell'Avvenuta Presa In Carico.	1	S.Comp. Sert - Sert Andria - Dss 1 - Dss 3 (Direzione)	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S17.C	3	Assistenza Territoriale	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Promozione E Sensibilizzazione Sui Pericoli Connessi Alla Patologia Del Gioco	Numero Di Incontri Documentati Presso Scuole E/O Associazioni	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	La Struttura Dovrà Trasmettere All'Ucg Relazione Indicante Le Date Degli Incontri E Documentazione Comprovante (Locandine, Verbali Ecc.). Ovvero Dare Atto Di Aver Coinvolto Almeno 15 Istituti Scolastici.	1	S.Comp. Sert - Sert Andria - Dss 1 - Dss 3 (Direzione)	N. Incontri >4	N. Incontri >6	N. Incontri >10	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S17.D	3	Assistenza Territoriale	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Monitoraggio Fabbisogno Assistenziale Attraverso Una Rilevazione Che Consenta Di Monitorare I Fabbisogni Assistenziali Dei Pazienti Afferenti Alla Struttura	Adozione Di Una Procedura 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;	1)Val. Pessima Rilevazione Non Effettuata O Incompleta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Buona Invio Del Db Aggiornato Al 31/12/Anno Precedente Entro I Termini Previsti O Con Un Ritardo Non Superiore A 30 Giorni Ed Invio Entro Il 31/01/Anno Successivo Del Db Aggiornato Al 31/12/Anno Corrente. Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima Invio Di Tutti Di Db Richiesti Con Un Ritardo Complessivo Per I 5 Invi Non Superiore A 60 Giorni. Riconoscimento 100%	Esistenza Reportistica Da Predisporre Ed Envio Entro Il 30/4/Anno Corrente Della Reportistica Compilata Con Le Informazioni Relative Ai Pazienti Già In Cura O Che Hanno Manifestato Un Fabbisogno Assistenziale Al 31/12/Anno Precedente. Invio Al 15/7 - 15/10 E 15/01/Anno Successivo Del Report Aggiornato Con Le Informazioni Aggiornate Al Trimestre Precedente.	La Struttura Dovrà Trasmettere I Report Indicati.	1	S.Comp. Sert - Sert Andria - Dss 1 - Dss 3 (Direzione)	Invio Dei 4 Report Previsti	Invio Dei 4 Report Previsti	Invio Dei 4 Report Previsti	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S18.B	3	Assistenza Territoriale	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	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;E Trasmissione Entro Il Giorno 30 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Il Database Senza Nominativi Dei Pazienti All'Ucg	Esistenza Del Db Per Paziente E Invio Trimestrale	1)Val. Pessima Nessun Invio Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Scarsa Invio Di Almeno 1 Db . Riconoscimento 30% 3) Val. Media Invio Di Almeno 3 Db . Riconoscimento 70%; 4) Valutazione Ottima Invio Dei 4 Db Con Un Ritardo Complessivo Dei 4 Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 100%.	Verifica Avvenuto Invio Dei Db	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	1	U.O.S.V.D. Psicologia Clinica	Invio Tutti Db Previsti Con Ritardo <45 Gg	Invio Tutti Db Previsti Con Ritardo <30 Gg	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S20.A	3	Assistenza Territoriale	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Incremento Delle Ore Di Ambulatorio Dedicate Ai Pazienti Seguiti Dalla Struttura	% Incremento Ore Di Ambulatorio Rispetto All'Anno Precedente	1)Val. Pessima < 110% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media > 109,9% E <= 130% Riconoscimento Proporzionale Del Peso Previsto 3) Val. Ottima > 130% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Ore Settimanali Di Attività Ambulatoriali Anno Corrente / Ore Settimanali Di Attività Ambulatoriali Anno Precedente	La Struttura Dovrà Comunicare Le Ore Di Attività Attive Settimanali Attive Al 31/12/Anno Precedente (Settimana Media Di Riferimento) E Comunicare Trimestralmente Ore Di Ambulatorio Attivate Dall'Inizio Dell'Anno Alla Fine Di Ciascun Trimestre.	1	U.O.S.V.D. Neuropsichiatria Infanzia E Adolescenza (*)	> 120% Rispetto Al Primo Anno Di Riferimento	> 125% Rispetto Al Primo Anno Di Riferimento	> 130% Rispetto Al Primo Anno Di Riferimento	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S20.B	3	Assistenza Territoriale	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Monitoraggio Delle Liste Di Attesa Per 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 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;E Trasmissione Entro Il Giorno 30 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Il Database Senza Nominativi Dei Pazienti All'Ucg	Esistenza Del Db Per Paziente E Invio Trimestrale	1)Val. Pessima Nessun Invio Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Scarsa Invio Di Almeno 1 Db . Riconoscimento 30% 3) Val. Media Invio Di Almeno 3 Db . Riconoscimento 70%; 4) Valutazione Ottima Invio Dei 4 Db Con Un Ritardo Complessivo Dei 4 Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 100%.	Verifica Avvenuto Invio Dei Db	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	1	U.O.S.V.D. Neuropsichiatria Infanzia E Adolescenza (*)	Invio Tutti Db Previsti Con Ritardo <45 Gg	Invio Tutti Db Previsti Con Ritardo <30 Gg	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
Q.13	3	Assistenza Territoriale	Potenziamento Della Qualità Efficienza Ed Appropriata Dell'Assistenza Territoriale	Verifica Sull'Appropriatezza Delle Prestazioni Domiciliari Ex. Art. 26 L. 833/78 Erogate Dalle Strutture Private Accreditate Insistenti Sul Territorio Asl Bt	Numero Utenti Sottoposti A Richiesta Di Proroga Del Trattamento Da Parte Dell'Erogatore	1)Val. Pessima < 10% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima >= 10% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto. Il Calcolo % Sara' Effettuato Per I Soli Mesi Del 2021 In Cui Ci Sara' La Regolare Ripresa Delle Attività	Numero Di Utenti In Proroga Verifica / Numero Utenti Per I Quali È Stata Richiesta La Proroga	La Struttura Attiverà Un Registro Informatico Nel Quale Indicherà Gli Estermi Di Ciascuna Richiesta Di Proroga, Fornendo Al Controllo Di Gestione Un Report Sintetico Con Indicazioni: Struttura Erogante, Numero Di Richieste Di Proroghe, Numero Di Richieste Di Proroghe Sottoposte A Verifiche;	1	S.Comp. Struttura Sovra-Distrettuale - Direzione Dipartimento	%>=10%	%>=10%	%>=10%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
P.2A	4	Prevenzione	Rotazione Del Personale Di Vigilanza Nelle Attività Di Controllo	Effettuazione Di Un Programma Per Garantire Che Il Personale Impegnato In Attività Di Controllo Effettui Nel Corso Dell'Anno Almeno Il 30% Dei Controlli In Comuni Diversi Da Quello Di Residenza E/O Lavoro	% Di Attività Di Controllo Effettuate In Comuni Diversi Da Residenza E/O Lavoro Rispetto Ai Controlli Effettuati	1)Val. Pessima < 15% Riconoscimento 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 15,1 % E < 20% Riconoscimento 30% 3) Val. Media Fra 20,1 % E < 25% Riconoscimento 60% 4) Val. Buona Fra 25,1 % E 30% Riconoscimento 70% 5) Val. Ottima > 30% Riconoscimento 100%	% N. Controlli Effettuate In Comuni Diversi Da Residenza E-O Lavoro / N. Totale Controlli Effettuati	Trasmissione Semestrale All'Ucg Di Un Report Con I Nominativi Dei Dipendenti Impegnati In Attività Di Controllo, Il Numero Di Controlli Effettuati Nel Semestre Ed Il Numero Di Controlli Effettuati In Comuni Differenti Da Quelli Di Residenza E/O Lavoro	6	U.O. Dipartimento Di Prevenzione	> 85%	> 90%	>= 100%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.53	4	Prevenzione	Potenziamento Screening Oncologico Della Cervice Uterina	Garantire Il 100% Delle 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	Relazione Da Parte Dell'Ufficio Screening Finalizzata Ad Attestare Per Ciascuna Unità Operativa Coinvolta Numero Di Prestazioni Richieste E Numero Di Prestazioni Eseguite	6	Strutture Presposte All'Erogazione Di Prestazioni Necessarie All'Effettuazione Di Screening	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Screening
N1.54	4	Prevenzione	Potenziamento Screening Oncologico Mammografico	Garantire Il 100% Delle Prestazioni Richieste	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	Relazione Da Parte Dell'Ufficio Screening Finalizzata Ad Attestare Per Ciascuna Unità Operativa Coinvolta Numero Di Prestazioni Richieste E Numero Di Prestazioni Eseguite	6	Strutture Presposte All'Erogazione Di Prestazioni Necessarie All'Effettuazione Di Screening	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Screening
P.1A	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Espletamento Delle Attività Di Controllo Programmate Dal Piano Regionale	Numero Dei Controlli Effettuati Rispetto Ai Controlli Previsti	1)Val. Pessima < 75% Riconoscimento 0% ; 2) Val. Media Fra 75% E 100% Riconosc. 40% 3) Val. Ottima >= 100% O In Presenza Di Un Numero Di Controlli Superiore Alla Media Dell'Ultimo Triennio Riconosc. 100%. In Assenza Di Indicazioni Fornite Dal Piano Regionale, L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Se Il Numero Di Controlli E' Superiore Ai Controlli Effettuati Nell'Anno 2019.	% Controlli Effettuati / Controlli Previsti	La Verifica Dell'Obiettivo Avverrà A Cura Della Uosvd Flussi Informativi Che Certificherà Trimestralmente/Semestralmente L'Andamento Dei Controlli Per Ciascuna Unità Operativa, Sulla Scorta Delle Informazioni Presenti Nel Sistema Informativo O In Assenza Comunicate Dalle Singole U.O.	5	U.O. Dipartimento Di Prevenzione	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi Dipartimento Di Prevenzione
P.3A	4	Prevenzione	Monitoraggio Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Monitoraggio Per Dipendente Della % Di Attività Di Controllo Conclusi Con Contestazione E -O Prescrizioni /Segnalazione	% Di Attività Di Controllo Conclusi Con Contestazione E-O Prescrizione /Segnalazione	1)Val. Pessima Monitoraggio Non Effettuato Riconoscimento 0% ; 2) Val. Media Monitoraggio Parziale Riconoscimento 60% 3) Val. Ottima Monitoraggio Su Tutti I Dipendenti Riconoscimento 100%	% Di Attività Di Controllo Conclusi Con Contestazione Segnalazione O Prescrizione / Numero Totale Di Controlli Effettuati	La Struttura Dovrà Attivare Un Registro Dal Quale Si Evince Per Ciascuna Attività Di Controllo, Il N. Di Verbale Di Chisura, Il Personale Impiegato E Gli Esiti Del Controllo, Avendo Cura Di Trasmettere All'Ucg Un Report Semestrale Riepilogativo Per Dipendente. Tale Report Potrà Essere Integrato Con Quello Per Il Monitoraggio Dell'Attività Sugli Ambiti Territoriali Previsti Al Punto Precedente.	5	U.O. Dipartimento Di Prevenzione	Monitoraggio Degli Esiti Di Tutte Le Attività Ispettive	Monitoraggio Degli Esiti Di Tutte Le Attività Ispettive	Monitoraggio Degli Esiti Di Tutte Le Attività Ispettive	Uosvd Flussi Informativi Dipartimento Di Prevenzione

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
P.4A	4	Prevenzione	Individuazione Di Una Metodologia Di Campionamento Sulle Attività Di Controllo	Definizione Del Piano Dei Controlli Per La Individuazione Casuale Delle Aziende Da Sottoporre A Controllo Avendo Cura Di Effettuare Un Numero Di Controlli In Misura % Uguali Per Comune (Es. Se Sono Da Controllare Il 10% Delle Attività Di Ristorazione, Occorrerà Che In Ognuno Dei 10 Comuni Vengano Controllate Il 10% Degli Esercizi Presenti). Nella Determinazione Delle Aziende Da Sottoporre A Controllo Dovrà Tenersi Conto Dell'Indice Di Pericolosità Incrementando I Controlli Verso Le Aziende /Esercizi Che Presentano Una Maggiore Pericolosità. Il Criterio Indicato Potrà Essere Derogato Ove Le Strutture Ad Alto Rischio Abbiamo Una Distribuzione Diversa Fra I Comuni.	Elaborazione Di Un Report Contenente Tutte Le Strutture Da Assoggettare A Controllo E Definizione Di Una Metodologia Di Individuazione Delle Strutture Da Controllare Che Non Sia Lasciata Alla Discrezionalità Dei Soggetti Che Effettuano Il Controllo Attraverso Un Campionamento.	1)Val. Pessima Documento Non Inviato Riconoscimento 0% ; 2) Val. Buona Documento Inviato All'Ucg Riconoscimento 50% 3) Val. Ottima Documento Iniziale Inviato All'Ucg E Relazione Attestante La Corretta Applicazione Della Metodologia Individuata Riconoscimento 100%;	Elaborazione E Invio All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Di Un Documento Che Definisca La Modalità Previste Per Il Raggiungimento Dell'Obiettivo E Di Una Relazione Da Effettuarsi In Corso D'Anno Dalla Quale Si Evinca L'Avvio Della Metodologia Di Campionamento.	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Entro Il 31/03/Anno Corrente Il Piano Attestante La Definizione Della Metodologia Di Campionamento Riproponendo O Aggiornando La Metodologia Prevista Per L'Anno 2020 E Dovrà Inviare Entro Il 30/9 Una Relazione Che Attesti L'Avvio Della Metodologia Di Campionamento.	5	U.O. Dipartimento Di Prevenzione	Definizione Metodologia E Avvio Procedura Di Campionamento	Definizione Metodologia E Avvio Procedura Di Campionamento	Definizione Metodologia E Avvio Procedura Di Campionamento	Uosvd Flussi Informativi
P6.9	4	Prevenzione	Miglioramento Della Qualità Globale Mediante Una Politica Della Formazione Aziendale Adeguata A Sviluppare Le Competenze Professionali Del Personale	Migliorare Le Competenze E Conoscenze Necessarie Del Personale Amministrativo E Sanitario Delle Commissioni Su Invalidità Civile Attraverso Lo Svolgimento Di 1 Corso Di Formazione, Da Realizzarsi Di Concerto Fra La Uosvd Formazione - Uoc Sisp - Uosvd Medicina Legale	Organizzazione Di 1 Corso Di Formazione Rivolto A Tutto Il Personale Delle Commissioni Invalidi	1)Val. Pessima "No" Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima "Si" 100% Del Peso Previsto.	Svolgimento Corso Di Formazione	La Uosvd Trasmetterà Prova Formale Dell'Avvenuto Corso Di Formazione	3	U.O. Formazione - Prevenzione - Medicina Legale	Organizzazione Di Evento Formativo	Organizzazione Di Evento Formativo	Organizzazione Di Evento Formativo	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M1.55	4	Prevenzione	Potenziamento Screening Colon Retto	Garantire Il 100% Delle Prestazioni Richieste	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	Relazione Da Parte Dell'Ufficio Screening Finalizzata Ad Attestare Per Ciascuna Unità Operativa Coinvolta Numero Di Prestazioni Richieste E Numero Di Prestazioni Eseguite	2	U.O. Strutture Ospedaliere	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Screening
M10	4	Prevenzione	Garantire Adeguata Copertura Vaccinale Della Popolazione	Garantire Le Necessarie Coperture Vaccinali Richieste Per La Popolazione Target	Garantire Le Necessarie Percentuali Di Coperture Vaccinali Alla Popolazione Target Sulla Base Delle Indicazioni Regionali O Nazionali, Anche In Relazione All'Andamento Della Pandemia Per Covid-19	Se Copertura > = 85% Obiettivo Raggiunto (100%); Se Copertura Compresa Tra 50 - 85% Obiettivo Parzialmente Raggiunto Con Riconoscimento Pari Alla % Raggiunta; Se Copertura < 50% Obiettivo Non Raggiunto.	Migliorare O Mantenere Le Soglie Minime Ottimali Di Copertura Vaccinale Richieste Per Le Diverse Malattie	Riscontrare Dai Flussi Informativi Regionali E/O Ministeriali Gestiti Direttamente Dal Sisp Il Raggiungimento Delle Effettive Percentuali Di Copertura Conseguite , Rispetto Alla Popolazione Target. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiamo Migliorato O Meno Gli Esiti/Outcome Attesi, Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita Ovvero In Relazione All'Andamento Dell'Epidemia Per Covid-19	2	U.O. Dipartimento Di Prevenzione	> 70%	> 80%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi Dipartimento Di Prevenzione

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
P.1C	4	Prevenzione	Monitoraggio Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanita Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Elaborazione Del Report Relativo Al Numero Delle Attività Di Controllo Da Effettuarsi Per Ciascuna U.O. Del Dipartimento Sulla Scorta Delle Indicazioni Regionali E In Assenza Sulla Scorta Di Una Programmazione Definita Di Concerto Con La Direzione Strategica Che Tenga Conto Degli Obiettivi Definiti Dalla Regione Nelle Precedenti Annualita' E Monitoraggio Trimestrale	Predisposizione Del Piano Sulla Scorta Delle Indicazioni Regionali E/O Aziendali Ed Elaborazione Di Un Monitoraggio Trimestrale Fra Attività Previste E Attività Effettuate	1)Val. Pessima Nessun Invio Riconoscimento 0% ; 2) Val. Scarsa Invio Del Piano E Di Un Solo Report Di Monitoraggio Riconoscimento 30% 3) Val. Media Invio Del Piano E Di Almeno 3 Report Di Monitoraggio Riconoscimento 60% 4) Val. Buona Invio Del Piano E Di Tutti I Report Di Monitoraggio Fuori Termine Previsto Riconosc. 85% 5) Val. Ottima Invio Del Piano E Di Tutti I Report Di Monitoraggio Nel Rispetto Dei Termini Previsti Riconoscimento 100%	Invio All'Ucg Del Piano Dei Controlli Entro Il 31 Marzo E Di 4 Report Di Monitoraggio Entro Il 31/3, 30/6, 30/9, 31 Gennaio Anno N+1 Report Definitivo	Invio All'Ucg A Mezzo Mail / Pec / Protocollo Del Piano Dei Controlli E Dei Report Di Monitoraggio Entro I Termini Previsti. L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Anche In Assenza Di Dati Sui Controlli Purchè La Struttura Dimostri Di Aver Richiesto Le Informazioni E Segnalato Ogni Anomalia Sull'Assenza Dei Flussi Alla Direzione Strategica	1	U.O.S.V.D. Epidemiologia -Flussi Informativi	Definizione Del Piano E Invio Report Di Controllo	Definizione Del Piano E Invio Report Di Controllo	Definizione Del Piano E Invio Report Di Controllo	Ucg
S15.A	4	Prevenzione	Implementazione Strumenti Sorveglianza Epidemiologica (Registro Casistica Registro Tumori E Registro Malformazioni Congenite)	Aggiornamento Casistica Registro Tumori Secondo Programmazione Cts (Si/No)	Aggiornamenti A Casi Incidenti Aggiornato All'Anno Successivo A Quanto Previsto Negli Obiettivi Di Budget Anno Precedente	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Report Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Alimentazione Del Sistema Informativo	La Struttura Dovrà Produrre Un Documento Dal Quale Si Possa Evincere La Corretta Alimentazione Del Registro In Questione (Es. Stampa Record Inseriti) Attestando Che Le Informazioni Inserite Siano Complete Rispettato Al Numero Dei Casi Incidenti.	1	S.Comp. Epidemiologia E Statistica	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S15.B	4	Prevenzione	Implementazione Strumenti Sorveglianza Epidemiologica (Registro Casistica Registro Tumori E Registro Malformazioni Congenite)	Produzione Di Un Report Sulla Natalità Aggiornato All'Anno Successivo A Quanto Previsto Negli Obiettivi Di Budget Anno Precedente	Trasmissione Del Documento Alla Direzione Strategica	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Report Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Del Documento	La Struttura Dovrà Trasmettere All'Ucg Il Report TrasMESSO Alla Direzione Strategica	1	S.Comp. Epidemiologia E Statistica	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S15.C	4	Prevenzione	Implementazione Strumenti Sorveglianza Epidemiologica (Registro Casistica Registro Tumori E Registro Malformazioni Congenite)	Aggiornamento Casistica Registro Mortalità Programmazione Cts (Si/No)	Aggiornamenti A Casi Incidenti Anno Successivo A Quanto Previsto Negli Obiettivi Di Budget Anno Precedente	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Report Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Alimentazione Del Sistema Informativo	La Struttura Dovrà Produrre Un Documento Dal Quale Si Possa Evincere La Corretta Alimentazione Del Registro In Questione (Es. Stampa Record Inseriti) Attestando Che Le Informazioni Inserite Siano Complete Rispettato Al Numero Dei Casi Incidenti.	1	S.Comp. Epidemiologia E Statistica	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S15.D	4	Prevenzione	Relazione Stato Di Salute Della Popolazione Asl	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.	Implementare Il Report Annuale Sullo Stato Di Salute Degli Assistenti Asl Bt Che Tenga Conto Anche Degli Indicatori Mes	1)Val. Pessima Assenza Di Relazione Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Invio Relazione Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Riscontro Della Trasmissione Del Report Annuale Implementato Alla Direzione Strategica (Si/No)	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	1	S.Comp. Epidemiologia E Statistica	Invio Report	Invio Report	Predisposizione Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
P1.1	4	Prevenzione	Potenziamento Copertura Vaccinale	Coperture Vaccinali Anti Hpv Nelle Ragazze 12Enni	Vaccinaz. Papilloma Virus (Hpv)_ Cicli Vaccinali Completati Entro 31 Dicembre Dell'Anno Di Rilevazione Nnella Coorte Di Riferimento/ N. Bambine Residenti Nel Territorio Di Competenza Che Hanno Compiuto Il Dodicesimo Anno Di Età (Ind. Mes B7.3)	1)Val. Pessima < 30% Riconoscimento 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 30 % E 45% Riconoscimento 30% 3) Val. Media Fra 45 % E 60% Riconoscimento 60% 4) Val. Buona Fra 60 % E 65% Riconoscimento 70% 5) Val. Ottima > 65% Riconoscimento 100%	% Cicli Vaccinali Completati Entro 31 Dicembre Dell'Anno Di Rilevazione Nnella Coorte Di Riferimento/ N. Bambine Residenti Nel Territorio Di Competenza Che Hanno Compiuto Il Dodicesimo Anno Di Età (Anno Precedente A Quello Corrente =>70%	La Struttura Dovrà Inviare Un Report Con Le Informazioni Di Calcolo Indicando Al Numeratore Il Numero Dei Cicli Vaccinali E Al Denominatore Il Numero Di Babine Residenti 12Enni. L'Obiettivo Dovrà Essere Coerente Con Il Risultato Del Indicatore Mes Santa'Anna B7.3	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - S.I.S.P.	> 65%	> 75%	> 85%	Uosvd Flussi Informativi
P1.2	4	Prevenzione	Potenziamento Copertura Vaccinale	Coperture Vaccinali Anti Mpr Nei Soggetti Entro 24 Mesi Di Vita	Vaccinaz. Mpr_N Bambini Vaccinati Mpr/N. Bambini Residenti Che Compiono 24 Mesi Nell'Anno Di (Rilevazione O Precedente) (Ind. Mes B7.1).	1)Val. Pessima < 60% Riconoscimento 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 60 % E 65% Riconoscimento 30% 3) Val. Media Fra 65 % E 75% Riconoscimento 60% 4) Val. Buona Fra 75 % E 90% Riconoscimento 70% 5) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100%	% N Bambini Vaccinati Mpr/N. Bambini Residenti Che Compiono 24 Mesi Nell'Anno Di Rilevazione - => 95%	La Struttura Dovrà Inviare Un Report Con Le Informazioni Di Calcolo Indicando Al Numeratore Il Numero Dei Bambini Vaccinati E Al Denominatore Il Numero Di Bambini Residenti 24 Mesi Di Età. L'Obiettivo Dovrà Essere Coerente Con Il Risultato Del Indicatore Mes Santa'Anna B7.1	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - S.I.S.P.	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P1.3	4	Prevenzione	Potenziamento Copertura Vaccinale	Coperture Vaccinali Anti Menigococco Nei Soggetti Entro 24 Mesi Di Vita	Vaccinaz. Antimenigococcica_ N. Bambini Vaccinati Antimenigococco/N. Bambini Residenti Nel Territorio Di Competenza Con Età Inferiore A 24 Mesi Al 31 Dicembre Anno Precedente (Ind. Mes B7.5)	1)Val. Pessima < 60% Riconoscimento 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 60 % E 65% Riconoscimento 30% 3) Val. Media Fra 65 % E 75% Riconoscimento 60% 4) Val. Buona Fra 75 % E 90% Riconoscimento 70% 5) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100%	N. Bambini Vaccinati Antimenigococco/N. Bambini Residenti Nel Territorio Di Competenza Con Età Inferiore A 24 Mesi Al 31 Dicembre - >92%	La Struttura Dovrà Inviare Un Report Con Le Informazioni Di Calcolo Indicando Al Numeratore Il Numero Dei Bambini Vaccinati E Al Denominatore Il Numero Di Bambini Residenti 24 Mesi Di Età. L'Obiettivo Dovrà Essere Coerente Con Il Risultato Del Indicatore Mes Santa'Anna B7.5	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - S.I.S.P.	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
P1.4	4	Prevenzione	Garanzia Del Corretto, Completo E Tempestivo Inserimento Nel Sistema Informativo Sanitario Di Tutti I Dati Attinenti Ai Flussi Informativi Obbligatori Nazionali E Regionali Obiettivo Vincolante	Copertura Informatizzazione Schede Vaccinali Delle Coorti Di Nascita 1999, 2000,2001,2002	Numero Di Schede Vaccinali Inserite Nela Piattaforma Giava, Per Le Corti Di Nascita 1999, 2000,2001,2002 / Numero Popolazione Residente Per Le Stessi Coorti	1) Val. Pessima <95% Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima >95% Riconoscimento 100%	Schede Vaccinali Inserite Nela Piattaforma Giava, Per Le Corti Di Nascita 1999, 2000,2001,2002 / Numero Popolazione Residente Per Le Stessi Coorti	La Struttura Dovrà Inviare Un Report Piattaforma Giava Dove Si Attesta Il Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - S.I.S.P.	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P1.5	4	Prevenzione	Educazione Ambientale Su Rifiuti E Raccolata Differenziata	Attività Di Sensibilizzazione Divulgazione Scolastica Della Cultura Ambientale	Numero Di Incontri Per S.M.I.. Presenti Sul Territorio	1) Val. Pessima <1 Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima =>1 Riconoscimento 100%	Almeno 1 Incontro Per Scuola Presenti Sul Territorio Bt	La Struttura Dovrà Inviare Prova Certificata Dell'Incontro Tenuto Presso Gli Istituti Scolastici Esistenti Sul Territorio Bt	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - S.I.S.P.	N. Incontri>2	N. Incontri>3	N. Incontri>3	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
P1.6	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Censimento E Sopralluogo Delle Discariche Esistenti Nel Territorio Asl Bt	Nr. 1 Relazione Del Sopralluogo Effettuato Per Discarica	1) Val. Pessima <1 Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima =>1 Riconoscimento 100%	Almeno 1 Sopralluogo Per Discarica	La Struttura Dovrà Inviare 1 Relazione Per Discarica E Un Report Analitico Indicando Almeno Il Numero E L'Ubicazione Delle Discariche	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - S.I.S.P.	N. Sopralluogo >2	N. Sopralluogo >2	N. Sopralluogo >2	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
P2.1	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Salute E Sicurezza Del Lavoro	Riduzione Degli Infortuni Lavorativi Tramite Conduzione Di Un Piano Mirato Di Vigilanza In Cantieri Edili In Particolare Ai Fini Della Prevenzione Di Cadute Dall'Alto, Seppellimento E Sprofondamento	% Di Cantieri Edili Ispezionati Rispetto Ai Cantieri Notificati Nell'Annualità Precedente	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Operativo Regionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Riconoscimento 100%	% Cantieri Ispezionati/Totale Cantieri	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Regionale Da Dove Si Evince La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P2.2	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Salute E Sicurezza Del Lavoro	Riduzione Degli Infortuni Nei Luoghi Di Lavoro Tramite Realizzazione Di Un Piano Di Vigilanza Mirato Sugli Obblighi Aziendali Di Ssl In Ambito Agricolo E Zootecnico	N. Aziende Agricole Ispezionate	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Operativo Regionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Riconoscimento 100%	% Aziende Agricole Ispezionate/Totale Aziende Agricole	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Regionale Da Dove Si Evince La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
P2.3	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Salute E Sicurezza Del Lavoro	Realizzazione Di Un Percorso Strutturato Di Prevenzione Sugli Obblighi Aziendali Di Valutazione Del Rischio Da Esposizione Ad Agenti Chimici E Cancerogeni	Numero Di Scenari Da Esposizione Valutati	1) Val. Pessima < 100% P.D.A. (Programma Dipartimentale Attività) Inoltro Al/Acr Reach-Clip Regione Puglia 0%; 2) Val. Ottima 100% P.D.A. (Programma Dipartimentale Attività) Inoltro Al/Acr Reach-Clip Regione Puglia Riconoscimento 100%	% Nr. Scenari Valutati/Totale Scenari	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il P.D.A. Regionale Da Dove Si Evince La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P2.4	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Salute E Sicurezza Del Lavoro	Riduzione Del Rischio Sovraccarico Biomeccanico Tramite Conduzione Di Un Percorso Strutturato Di Prevenzione Relativo Agli Obblighi Aziendali Di Valutazione Del Rischio Msk	Numero Di Aziende Lea Vigilati Per Rischio Msk Nell'Annualità Di Riferimento	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Operativo Regionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Riconoscimento 100%	% Nr. Aziende Lea Vigilati Rischio Msk/ Totale Aziende Lea Vigilati Rischio Msk	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Regionale Da Dove Si Evince La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P2.5	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Salute E Sicurezza Del Lavoro	Miglioramento Delle Condizioni Di Rischio Stress Lavoro Correlato (Slc) Attraverso La Conduzione Di Un Percorso Strutturato Di Prevenzione	Numero Di Aziende Lea Vigilati Per Rischio Slc Nell'Annualità Di Riferimento	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Operativo Regionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Riconoscimento 100%	% Nr. Aziende Lea Vigilati Rischio Slc/ Totale Aziende Lea Vigilati Rischio Slc	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Regionale Da Dove Si Evince La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P2.6	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Salute E Sicurezza Del Lavoro	Implementazione Di Un Programma Per Il Monitoraggio Del Rischio Cardiovascolare In Coorti Selezionate Di Lavoratori	Numerodi Lavoratori Per I Quali È Stata Effettuata Una Valutazione Del Rischio Cardiovascolare	1) Val. Pessima Nr. < 100 0%; 2) Val. Ottima Nr. = > 100 Riconoscimento 100%	Numero Lavoratori	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P3.1	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Campionamento Per Analisi Chimiche, Microbiologiche, Fisiche E Biotossicologiche	Numero Di Campionamenti Effettuati Su Quelli Pianificati Da Prc E Plc	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Operativo Regionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Oppure Numero Prestazioni Erogate > Del 10% Rispetto Alla Media Dell'Ultimo Triennio Riconoscimento 100%	% Numero Di Campionamenti Effettuati Su Quelli Pianificati Da Prc E Plc	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Regionale Da Dove Si Evince La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - B	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P3.2	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Sopralluoghi Ispettivi, Azioni Di Sorveglianza E Di Monitoraggio Ex Reg. Ce 882/04	Numero Ispezioni Espletate Su Numero Di Ispezioni Pianificate Prc E Plc	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Operativo Regionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Oppure Numero Prestazioni Erogate > Del 10% Rispetto Alla Media Dell'Ultimo Triennio Riconoscimento 100%	% Numero Ispezioni Espletate Su Numero Di Ispezioni Pianificate Prc E Plc	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Regionale Da Dove Si Evince La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - B	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
P3.3	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Ispezioni, Monitoraggio E Sorveglianza, Ex Reg. Ce 882/04	Numero Di Controlli Effettuati Su Numero Di Controllati Pianificati	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Operativo Regionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Oppure Numero Prestazioni Erogate > Del 10% Rispetto Alla Media Dell'Ultimo Triennio Riconoscimento 100%	% Numero Di Controlli Effettuati Su Numero Di Controllati Pianificati	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Regionale Da Dove Si Evinca La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - B	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P3.4	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Controlli Materiali, Documentali E Di Identità In Tempo Reale Su Partite Di Alimenti Di Origine Animale Introdotte Dai Paesi U.E.	Numero Di Controlli Effettuati/Numero Di Controlli Delegati	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Operativo Regionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Oppure Numero Prestazioni Erogate > Del 10% Rispetto Alla Media Dell'Ultimo Triennio Riconoscimento 100%	% Numero Di Controlli Effettuati/Numero Di Controlli Delegati	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Regionale Da Dove Si Evinca La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - B	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P4.1	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Attività Di Farmacosorveglianza Per Verifica Uso Corretto Del Farmaco A Tutela Della Salute Dell'Uomo, Dell'Animale E Dell'Ambiente.	A) N. Di Operatori Da Controllare In Applicazione Del P.R.I.C. ; B) N. Di Rev Ricette Elettroniche Veterinarie) Per Animali Da Compagnia	1) Val. Pessima A <300 E B <100% Riconoscimento 0%; 2)Val. Ottima A = 300 E B = 100% Riconoscimento 100%	% A) N. Di Operatori Da Controllare In Applicazione Del P.R.I.C. ; B) N. Di Rev Ricette Elettroniche Veterinarie) Per Animali Da Compagnia	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - C	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P4.2	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Attività Di Campionamento: A) N. Campioni Previsti Dal Piano Nazionale Alimentazione; B) N. Campioni Previsti Dal Piano Nazionale Residui	Nr. Campionamenti Previsti	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Nazionale A E B Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima Cronoprogramma Nazionale A E B 100% Riconoscimento 100%	% Nr. Campionamenti Previsti	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Nazionale Da Dove Si Evinca La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - C	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P4.3	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Piano Nazionale Benessere Animale Controllo N. Allevamenti Target	Allevamenti Target	1) Val. Pessima < 100% Cronoprogramma Nazionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima Cronoprogramma Nazionale 100% Riconoscimento 100%	% Allevamenti Target	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Nazionale Da Dove Si Evinca La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - C	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
P4.4	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Filiera Sottoprodotti E Derivati Di Origine Animale: Impianti Riconosciuti/Registrati Ex Reg. Ce 1069/09	Verifiche E Controllo	1) Val. Pessima Impianti Verificati E Controllati < 100% Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima Impianti Verificati E Controllati 100% Riconoscimento 100%	% Verifiche E Controllo	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - C	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P5.1	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Sterilizzazione Chirurgica Cani Randagi	600	1) Val. Pessima < 600 Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima => 600 Riconoscimento 100%	Nr. Cani Sterilizzati	La Struttura Dovrà Inviare Report Indicando Il Numero Dei Cani Oggetto Di Sterilizzazione E Il Numero Degli Interventi Eseguiti	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - A	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P5.2	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Piano Nazionale Salmonellosi 2018-Anno Successivo Ministero Della Salute (Salmonella Tiphimurium; Salmonella Enteritidis) Tutela Della Salute Umana	Controlli Ufficiali Allevamenti	1) Val. Pessima < 100% Piano Nazionale Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Piano Nazionale Riconoscimento 100%	% Controlli Ufficiali Allevamenti	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Piano Nazionale Salmonellosi Da Dove Si Evince La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - A	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P5.3	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Dei Controlli In Materia Di Sicurezza Alimentare E Sanità Veterinaria E Sicurezza Collettiva	Programmi Di Eradicazione E Controllo Tbc-Leb-Brc Bovine E Brc Ovi-Caprina	Controlli Ufficiali Allevamenti	1) Val. Pessima < 100% Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima 100% Riconoscimento 100%	% Controlli Ufficiali Allevamenti	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg E Alla Uosvd Flussi Informativi E Alla Uosvd Flussi Informativi Il Cronoprogramma Regionale Da Dove Si Evince La Misura Dell'Obiettivo E Report Formale Del Risultato Raggiunto	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Siav - A	> 85%	> 90%	> 90%	Uosvd Flussi Informativi
P6.1	4	Prevenzione	Efficienza Operativa	Contenzioso In Tema Di Responsabilità Civile: Partecipazione Ctu, Atp E Relazioni Medico Legali	N° Di Richieste Evase/N° Di Ctp Richieste	1)Val. Pessima Nr. Richieste Evase < 100% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Nr. Richieste Evase > 100% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	N° Di Richieste Evase/N° Di Ctp Richieste	La Uosvd Redigerà Un Report Controfirmato Dalla S.B.L. Indicante Numero E Data Di Protocollo Delle Richieste Ricevute E Numero E Data Protocollo Dei Riscontri Inviati	1	U.O.S.V.D. Medicina Legale	1	1	1	Sbl

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
P6.3	4	Prevenzione	Efficienza Operativa	Contenzioso In Tema Di Invalidità Civile Nella Misura Pari O Superiore Al 67% Ai Fini Dell'Ottenimento Della Esenzione Dalla Quota Di Partecipazione Alla Spesa Sanitaria: Partecipazione Ctu, Atp E Relazioni Medico Legali	N° Di Richieste Evase/N° Di Ctp Richieste	1)Val. Pessima Nr. Richieste Evase < 100% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Nr. Richieste Evase > 100% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	N° Di Richieste Evase/N° Di Ctp Richieste	La Uosvd Redigerà Un Report Controfirmato Dalla S.B.L. Indicante Numero E Data Di Protocollo Delle Richieste Ricevute E Numero E Data Protocollo Dei Riscontri Inviati	1	U.O.S.V.D. Medicina Legale	1	1	1	Sbl
P6.6	4	Prevenzione	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Del Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione	Standardizzazione Dei Processi Di Gestione Delle Istanze Inerenti La Legge 210-92 Attraverso La Creazione/Aggiornamento Di Una Procedura E La Produzione Di Un Report Semestrale Sull'Andamento Delle Stesse	Tempestiva Attivazione Della Istruttoria. Produzione Di Numero 2 Report Semestrali . Stesura Di Una Procedura Operativa	1)Val. Pessima Report Semestrali < 2 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Report Semestrali < 2 Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Stesura/Aggiornamento Procedura Operativa E Trasmissione 1 Report Primo Semestre Entro Il 31/07/Anno Corrente E 1 Report Secondo Semestre Entro Il 31/01/Anno Successivo	La Uosvd Trasmetterà All Ucg La Procedura Operativa E Il Primo Semestre Entro Il 31/07/Anno Corrente E Il 2 Semestre Entro Il 31/01/Anno Successivo	1	U.O.S.V.D. Medicina Legale	Invio Report	Invio Report Nei Termini	Invio Report Nei Termini	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
P6.7	4	Prevenzione	Efficienza Operativa E Rispetto Delle Leggi E Del Principio Del Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione	Standardizzazione Dei Processi Di Gestione Delle Istanze Al Collegio Medico In Materia Di Accertamento Dell'idoneità Al Lavoro Attraverso La Creazione Di Una Procedura E Produzione Di Un Report Semestrale Sull'Andamento Delle Stesse	Tempo Medio Di Attesa Tra Istanza E Refertazione: 30 Giorni.	1)Val. Pessima Gg Medi Refertazione > 40 Gg Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Gg Medi Refertazione Fra 38 E 40 Gg Riconosc 30% ; 3)Val. Sufficiente Gg Medi Refertazione Fra 35 E 38 Gg Riconosc 50%; 4)Val. Buona Gg Medi Refertazione Fra 30 E 35 Gg Riconosc 75%; 5)Val. Ottima Gg Medi Refertazione <= 30 Gg Riconosc 100%	Gg Medi Refertazione = Somma Gg (Data Presentazione Istanza - Data Refertazione) / Numero Di Istanze	La Uosvd Trasmetterà Un Report All Ucg E All'Area Del Personale (Per La Verifica Di Completezza) Su File Excel Con Numero E Data Protocollo Dell'istanza Di Richiesta E N. E Data Protocollo Della Certificazione Emessa.	1	U.O.S.V.D. Medicina Legale	Tempi Medi Di Refertazione Inferiori A 30 Gg Dalla Data Di Richiesta Di Visita	Tempi Medi Di Refertazione Inferiori A 30 Gg Dalla Data Di Richiesta Di Visita	Tempi Medi Di Refertazione Inferiori A 30 Gg Dalla Data Di Richiesta Di Visita	Area Personale
P6.8	4	Prevenzione	Efficienza Operativa	Certificazioni Medico - Legali Per Il Riconoscimento Di Lavoratore Affetto Da "Patologia Grave" E Sottoposto A "Terapie Invalidanti O Salvavita"	Tempo Medio Di Attesa Tra Istanza E Refertazione: 10 Giorni.	1)Val. Pessima Gg Medi Refertazione > 15 Gg Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Gg Medi Refertazione Fra 13 E 15 Gg Riconosc 30% ; 3)Val. Sufficiente Gg Medi Refertazione Fra 11 E 13 Gg Riconosc 50%; 4)Val. Buona Gg Medi Refertazione Fra 10 E 11 Gg Riconosc 75%; 5)Val. Ottima Gg Medi Refertazione <= 10 Gg Riconosc 100%	Gg Medi Refertazione = Somma Gg (Data Presentazione Istanza - Data Refertazione) / Numero Di Istanze	La Uosvd Trasmetterà Un Report All Ucg E All'Area Del Personale (Per La Verifica Di Completezza) Su File Excel Con Numero E Data Protocollo Dell'istanza Di Richiesta E N. E Data Protocollo Della Certificazione Emessa.	1	U.O.S.V.D. Medicina Legale	Tempi Medi Di Refertazione Inferiori A 10 Gg Dalla Data Di Richiesta Di Visita	Tempi Medi Di Refertazione Inferiori A 10 Gg Dalla Data Di Richiesta Di Visita	Tempi Medi Di Refertazione Inferiori A 10 Gg Dalla Data Di Richiesta Di Visita	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
P7.1	4	Prevenzione	Attuazione Del Piano Regionale Di Prevenzione	Soddisfaccimento Di Tutte Le Adesioni Ai Progetti Regionali Di Competenza Sian Di Cui Al Piano Strategico Per La Promozione Della Salute Nella Scuola Ed Al Catalogo Regionale. Anno Scolastico Anno Precedente-20	N. Di Adesioni/Istituti Scolastici(Scuola Primaria, Scuola Secondaria Di I E II Grado) Soddisfatte/ Totaleadesioni Pervenute	1) Val. Pessima Soddisfaccimento Di Tutte Le Adesioni Ai Progetti Regionali Di Competenza Sian < 100% Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima Soddisfaccimento Di Tutte Le Adesioni Ai Progetti Regionali Di Competenza Sian >100% Riconoscimento 100%	% Adesioni Soddisfatte/Totale Adesioni	Report TrasMESSO Alla Regione Puglia Con Elenco Dettagliato Degli Istituti Scolastici, Numero Plessi, Classi, Docenti Ed Alunni Interessati	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Sian	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
Q.1	4	Prevenzione	Sensibilizzazione Della Popolazione Scolastica Sui Temi Dell'Alimentazione E Dello Sport	2 Incontri Formativi Presso Istituti Scolastici Di 1° E 2° Grado Di Promozione Della Salute (Alimentazione / Sport / Stili Di Vita)	Incontri Formalizzati	1)Val. Pessima Nessun Incontro Documentato Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media 1 Incontro Documentato Riconoscimento 75% 3) Oltre 1 Incontro Documentato. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Verifica Esistenza Verbal Di Incontro	Invioall Ucg Dei Verbalii Sottoscritti Dai Dirigenti Scolastici	1	S.Comp. Dss Margherita Direzione	N. Incontri =2	N. Incontri =4	N. Incontri =6	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
Q.5	4	Prevenzione	Ulteriore Riduzione Incidenza Infezioni Da Germi Resistenti Dei Pz Ricoverati	Monitoraggio Infezioni E Terapie Antibiotiche Per Klebsiella	Riduzione Del 5%	1)Val. Pessima > (Anno Prec - 2%) Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 3) Val. Ottima < (Anno Prec - 2%) Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Infezioni Anno Corrente / Numero Infezioni Anno Precedente	La Struttura Fornirà Un Report Con Il Numero Di Infezioni Anno Precedente E Numero Di Infezioni Anno Corrente	1	S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	Riduzione Di Almeno Il 2% Rispetto All'Anno Precedente	Riduzione Di Almeno Il 2% Rispetto All'Anno Precedente	Riduzione Di Almeno Il 2% Rispetto All'Anno Precedente	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.56	4	Prevenzione	Potenziamento Screening	Monitoraggio Semestrale Screening	Relazione Semestrale Sullo Stato Di Avanzamento Delle Attività Di Screening, Da Trasmettere Alla Direzione Strategica Entro 30 Gg Dalla Scadenza Di Ciascun Semestre Con Indicazione Per Ciascuna Unità Operativa Coinvolta Del Numero Di Prestazioni Richieste Dall'Inizio Dell'Anno E Numero Di Prestazioni Eseguite	1)Val. Pessima Nessuna Relazione Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Invio Di Almeno 1 Relazioni Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Invio Delle 2 Relazioni Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Esistenza Relazione	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	1	U.O.S.V.D. Governance Rete Consultoriale E Degli Screening Oncologici	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M6.1	4	Prevenzione	Implementazione Attività Per Screening Oncologici	Definizione E Trasmissione Alla Direzione Strategica Entro 30 Gg Dall'Assegnazione Degli Obiettivi, Di Un Piano Finalizzato A Determinare Il Numero Di Inviti Da Inoltrare Tenuto Conto Della % Di Adesione Registrata Nell'Anno 2019 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.	Numero Di Inviti Inoltrati	1)Val. Pessima Inviti Inoltrati < Del 50% Degli Inviti Da Inoltrare Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Inviti Inoltrati Compresi Fra Il 50% E Il 100% Degli Inviti Da Inoltrare Riconoscimento % Pari A % Raggiunta3) Val. Ottima Inviti Inoltrati Pari Al 100% Degli Inviti Da Inoltrare. Riconoscimento 100%.	Numero Di Inviti Inoltrati / Numero Di Inviti Da Inoltrare	Fornire Reportistica Attestante Numero Di Inviti Trasmessi A Fronte Degli Inviti Potenziali Indicati Nel Piano Da Trasmettere Alla Direzione Strategica.	1	U.O.S.V.D. Governance Rete Consultoriale E Degli Screening Oncologici	Invio Del 100% Degli Inviti Da Trasmettere	Invio Del 100% Degli Inviti Da Trasmettere	Invio Del 100% Degli Inviti Da Trasmettere	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T1	4	Prevenzione	Implementazione Strumenti Sorveglianza Epidemiologica (Passi D'Argento)	Raccolta Di Informazioni Sulla Salute E Il Benessere Della Popolazione Di Età Uguale O Superiore A 65 Anni	Esecuzione Delle Interviste Previste	1)Val. Pessima Sistema Di Sorveglianza Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Sistema Di Sorveglianza Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Alimentazione Del Sistema Di Sorveglianza Secondo La Programmazione Regionale	La Struttura Dovrà Produrre Un Documento Dal Quale Si Possa Evincere La Corretta Alimentazione Del Registro In Questione (Es. Stampa Record Inseriti) Attestando Che Le Informazioni Inserite Siano Complete Rispetto Al Numero Dei Casi Incidenti.	1	S.Comp. Epidemiologia E Statistica	Alimentazione Sistema Di Monitoraggio	Alimentazione Sistema Di Monitoraggio	Alimentazione Sistema Di Monitoraggio	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T7	4	Prevenzione	Attuazione Piano Regionale Prevenzione Edilizia	Riduzione Degli Eventi Infortunistici In Edilizia Per Mancato Rispetto Del Minimo Etico Di Cantiere	% Cantieri Edili Ispezionati Sul Totale Dell'Annualità In Corso	1) <50% Val. Pessima Riconoscimento 0; 51-70% Val. Sufficiente Riconoscimento 50%; 71-99% Val. Buona Riconoscimento 80%; >= 100% Val. Ottima Riconoscimento 100%	(N. Cantieri Ispezionati 2021)/(N. Cantieri Notificati 2021)	Report Dettagliato Del Risultato Raggiunto Da Trasmettere All'Ucg Con Indicazione Degli Elementi Per Riconteggiare La % Indicata	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 70%	> 90%	>= 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
T8	4	Prevenzione	Attuazione Piano Regionale Prevenzione Agricoltura	Riduzione Degli Eventi Infortunistici In Agricoltura Per Macchine, Attrezzature Ed Intossicazioni	N. Aziende Agricole Ispezionate	1) <50% Val. Pessima Riconoscimento 0; 51-70% Val. Sufficiente Riconoscimento 50%; 71-99% Val. Buona Riconoscimento 80%; >= 100% Val. Ottima Riconoscimento 100%	(N. Aziende Agricole Ispezionate)/(N. Aziende Agricole Da Ispezionare 2021 In Base Al Cronoprogramma Regionale)	Report Dettagliato Del Risultato Raggiunto Da Trasmettere All'Ucg Con Indicazione Degli Elementi Per Riconteggiare La % Indicata	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 70%	> 90%	>= 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T9	4	Prevenzione	Attuazione Piano Regionale Prevenzione Rischio Chimico E Cancerogeno	Realizzazione Di Un Percorso Strutturato Di Prevenzione Per La Valutazione Del Rischio Da Esposizione Ad Agenti Chimici E Cancerogeni	N. Scenari Di Esposizione Valutati	1) <50% Val. Pessima Riconoscimento 0; 51-70% Val. Sufficiente Riconoscimento 50%; 71-99% Val. Buona Riconoscimento 80%; >= 100% Val. Ottima Riconoscimento 100%	(N. Scenari Di Esposizione Valutati)/(N. Scenari Di Esposizione Da Valutare 2021 In Base Al Cronoprogramma Regionale)	Report Dettagliato Del Risultato Raggiunto Da Trasmettere All'Ucg Con Indicazione Degli Elementi Per Riconteggiare La % Indicata	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 70%	> 90%	>= 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T10	4	Prevenzione	Attuazione Piano Regionale Prevenzione Msk	Riduzione Del Numero Di Infortuni E Malattie Professionali Correlate Al Sovraccarico Biomeccanico Attraverso L'individuazione Di Un Percorso Strutturato Di Prevenzione	N. Aziende Controllate Per Rischio Msk	1) <50% Val. Pessima Riconoscimento 0; 51-70% Val. Sufficiente Riconoscimento 50%; 71-99% Val. Buona Riconoscimento 80%; >= 100% Val. Ottima Riconoscimento 100%	(N. Aziende Controllate Per Msk)/(N. Aziende Da Controllare 2021 In Base Al Cronoprogramma Regionale)	Report Dettagliato Del Risultato Raggiunto Da Trasmettere All'Ucg Con Indicazione Degli Elementi Per Riconteggiare La % Indicata	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 70%	> 90%	>= 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T11	4	Prevenzione	Attuazione Piano Regionale Di Prevenzione Sic	Miglioramento Del Benessere Nella Popolazione Lavorativa Attraverso L'Implementazione Di Un Percorso Strutturato Di Prevenzione Per Il Rischio Stress Lavoro-Correlato	N. Aziende Controllate Per Rischio Sic	1) <50% Val. Pessima Riconoscimento 0; 51-70% Val. Sufficiente Riconoscimento 50%; 71-99% Val. Buona Riconoscimento 80%; >= 100% Val. Ottima Riconoscimento 100%	(N. Aziende Controllate Per Sic)/(N. Aziende Da Controllare 2021 In Base Al Cronoprogramma Regionale)	Report Dettagliato Del Risultato Raggiunto Da Trasmettere All'Ucg Con Indicazione Degli Elementi Per Riconteggiare La % Indicata	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 70%	> 90%	>= 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T12	4	Prevenzione	Piano Di Screening Popolazione Lavorativa Per Sars-Cov-2	Riduzione Del Numero Di Contagi Per Sars-Cov-2 Nella Popolazione Lavorativa Attraverso L'Adozione Di Un Piano Di Screening Mirato Su Coorti Lavorative Selezionate	N. Lavoratori Per I Quali E' Stato Effettuato Il Test Antigenico Rapido	1) <50% Val. Pessima Riconoscimento 0; 51-70% Val. Sufficiente Riconoscimento 50%; 71-99% Val. Buona Riconoscimento 80%; >= 100% Val. Ottima Riconoscimento 100%	N. Test Antigenici Rapidi Effettuati Su Popolazioni Lavorative Selezionate (Re-Test Inclusi) Su N. Test Antigenici Rapidi Da Effettuare In Base Al Cronoprogramma Aziendale	Report Dettagliato Del Risultato Raggiunto Da Trasmettere All'Ucg Con Indicazione Degli Elementi Per Riconteggiare La % Indicata	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 70%	> 90%	>= 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T13	4	Prevenzione	Prevenzione Delle Malattie Infettive Nella Popolazione Lavorativa	Aumento Della Copertura Vaccinale Nel Setting Occupazionale Mediante Vaccinazione Di Coorti Lavorative Selezionate	Numero Di Soggetti Vaccinati In Specifiche Coorti Lavorative (Vaccinazioni Varie Da Dettagliare In Relazione Alla Coorte)	1) <50% Val. Pessima Riconoscimento 0; 51-70% Val. Sufficiente Riconoscimento 50%; 71-99% Val. Buona Riconoscimento 80%; >= 100% Val. Ottima Riconoscimento 100%	(N. Lavoratori Vaccinati)/(N. Lavoratori Da Vaccinare In Base Al Cronoprogramma Regionale)	Report Dettagliato Del Risultato Raggiunto Da Trasmettere All'Ucg Con Indicazione Degli Elementi Per Riconteggiare La % Indicata	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 70%	> 90%	>= 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T14	4	Prevenzione	Prevenzione Del Rischio Cardiovascolare e Nella Popolazione Lavorativa	Riduzione Del Numero Di Eventi Cardiovascolari Nella Popolazione Lavorativa Mediante Impiego Della Valutazione Del Rischio Cardiovascolare	N. Lavoratori Per I Quali E' Stata Effettuata Una Valutazione Del Rischio Cardiovascolare	1) <50% Val. Pessima Riconoscimento 0; 51-70% Val. Sufficiente Riconoscimento 50%; 71-99% Val. Buona Riconoscimento 80%; >= 100% Val. Ottima Riconoscimento 100%	(N. Lavoratori Screenati)/(N. Lavoratori Da Screenare In Base Al Cronoprogramma Aziendale)	Report Dettagliato Del Risultato Raggiunto Da Trasmettere All'Ucg. Con Indicazione Degli Elementi Per Riconteggiare La % Indicata	1	S.Comp. Dip.To Prevenzione - Spesal	> 70%	> 90%	>= 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.37	5	Assistenza Farmaceutica	Riduzione Della Spesa Farmaceutica	Incrementare La Somministrazione Diretta Di Farmaci Alla Dimissione Da Parte Delle Strutture Ospedaliere	Segnalazioni Effettuate Dai Soggetti Relativamente All'Obiettivo N1.36	1)Val. Pessima < 50% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili. Riconosc 0% ; 2) Val. Scarsa > Di 50 % Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili. Riconosc 30% 3)Val. Media >70% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili Riconosc 50% ; 4)Val. Buona >85% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili. Riconosc 70% ;5) Val. Ottima 100% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili Riconosc 100%)	% Numero Di Segnalazioni Negative / Numero Di Dimissioni Controllate	La Verifica Verrà Effettuata Dalle Direzioni Sanitarie E Farmacie Ospedaliere Che Forniranno Un Report Su File Excel (Fac-Simile Concordato Con Ucg), Che Indichi Per Ciscuna U.O. Le Data Di Audit (Comprovate Da Verbale Da Archiviarsi Agli Atti Della Struttura) E Il Numero Di Dimissioni Controllate In Ciascun Audit, Con Indicazione Dei Controlli Che Hanno Dato Esito Positivo E Negativo.	38	U.O. Strutture Ospedaliere	> 85%	> 90%	> 90%	Area Farmaceutica Con La Reportistica Prodotta Dalle Strutture Preposte Al Controllo Obiettivo N1.36
N1.35	5	Assistenza Farmaceutica	Riduzione Della Spesa Farmaceutica	Elaborazione Reportistica Mensile Per Il Monitoraggio Delle Prescrizione Di Farmaci Ad Alto Costo	Elaborazione Mensile Report Per Il Monitoraggio Delle Prescrizioni Mensili Di Farmaci Ad Alto Costo	1)Val. Pessima Reportistica Non Inivata; Riconoscimento 0% 2) Val. Media Invio Di Almeno 10 Relazioni Nei Termini Previsti Ovvero Di Invio Delle 12 Relazione Fuori Termine Previsto Riconoscimento 70%; 3) Val. Ottima Invio Delle 12 Relazioni Entro I Termini Previsti . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Verifica Invio Reportistica Mensile	La Struttura Dovrà Trasmettere All'Area Farmaceutica A Mezzo Mail / Pec / Protocollo, Entro Il Giorno 15 Del Mese Successivo A Quello Di Riferimento, Su Fac-Simile Concordato Con L'Area Farmaceutica, Il Report Per La Rilevazione Del Numero Di Prescrizioni Ad Alto Costo, Con Allegata Relazione Giustificativa Dell'Utilizzo Di Farmaci Ad Alto Costo Per Prescrizioni A Pazienti Naiv;	8	Strutture Mediche Con Consumo Rilevante Di Farmaci Ad Alto Costo	Almeno 10 Relazioni Nei Termini	Almeno 10 Relazioni Nei Termini	Almeno 10 Relazioni Nei Termini	Area Farmaceutica
N1.6	5	Assistenza Farmaceutica	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Riduzione Dell'Incidenza Della Spesa Per Farmaci E Dispositivi In Linea Con Le Indicazioni Regionali	Rispetto Del Vincoli Di Spesa E Delle Disposizioni Impartite Dalla Direzione Strategica Per Il Contenimento Della Spesa Su Farmaci E Dispositivi Sulla Scorta Delle Indicazioni Regionali	1) Val. Ottima In Presenza Del Rispetto Dei Vincoli Finanziari E Delle Procedure Disposte. Riconoscimento 100%; 2) Differente Valutazione Da Effettuarsi A Cura Dell'Area Farmaceutica In Relazione All'Esame Delle Risultanze Finali, Tenuto Conto Di Tutte Le Variabili Interessate, Con Determinazione Della % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo.	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Area Farmaceutica Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Informativo	L'Area Farmaceutica, Determinerà La % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo Per Ciascuna Delle Strutture Assegnatarie	5	Strutture Ospedaliere E Distrettuali Con Elevato Consumo Di Farmaci Ad Alto Consumo	Rispetto Vincolo Di Spesa E Disposizioni Impartire	Rispetto Vincolo Di Spesa E Disposizioni Impartire	Rispetto Vincolo Di Spesa E Disposizioni Impartire	Area Farmaceutica
N1.40	5	Assistenza Farmaceutica	Corretta Gestione Degli Approvvigionamenti	Implementazione Nel Sistema Gestionale Areas Di Una Funzionalità' Per La Gestione Del Livello Minimo Di Scorte	Definizione D'Intesa Fra Le Strutture Del Dipartimento Farmaceutico E L'Agref Delle Attività Per L'Implementazione Della Gestione Delle Scorte Minime E Avvio A Regime Entro Il 31/12	1)Val. Pessima Mancato Rispetto Di Tutte Le Azioni Previste Dal Cronoprogramma . Riconosc 0% ; 4) Val. Buona Rispetto Di Tutte Le Azioni Previste Dal Cronoprogramma Oltre I Termini Previsti. Riconosc 70% ;5) Val. Ottima Rispetto Di Tutte Le Azioni Previste Dal Cronoprogramma Entro I Termini Previsti . Riconosc 100%	Verbalizzazione Di Incontro Fra Le Strutture Interessate Da Effettuarsi Entro Il 31 Marzo Con Definizione Di Un Cronoprogramma Che Dovrà Prevedere L'Avvio A Regime Entro Il 31/12, Individuando Referenti Azioni E Relative Scadenze	Il Dipartimento Farmaceutico Dara' Atto Dell'Avvenuto Rispetto Del Cronoprogramma Individuando Per Ciascuna Struttura Referente L'Avvenute Rispetto Delle Azioni Previste Dal Cronoprogramma	5	Strutture Dipartimento Farmaceutico E Agref	Implementazione Entro Il 31/12/2021	N.A.	N.A.	Dipartimento Farmaceutico

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N.1.20	5	Assistenza Farmaceutica	Riduzione Spesa Farmaceutica	1) Elaborazione Di Almeno Tre Report Nel Corso Dell'Anno, Dal Quale Si Evincano Mmg E Pls Del Distretto Con Valore Medio Pro-Capite Delle Prescrizioni, Superiori Alla Media Regionale E Audit Verbalizzato Di Ciascun Medico Attenzionato;	Presenza Dei Verbal Di Audit Mmg / Pls	1)Val. Pessima < 40% Dei Medici Presenti Nei Verbal Di Audit, Riconosc 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 40,1 E 60% Dei Medici Presenti Nei Verbal Di Audit Riconosc 30% ; 3)Val. Media 60,1 E 80% Riconosc 60% ; 4)Val. Buona Fra Il 80,1 E 95% Dei Medici Presenti Nei Verbal Di Audit Riconosc 85% ;5)Val. Ottima Almeno Il 95% Dei Medici Attenzionali Controllati Riconosc 100%)	Numero Medici Attenzionati Controllati / Numero Medici Attenzionati Presenti Nel Report	Al Fine Di Dimostrare L'Avvenuto Raggiungimento Dell'Obiettivo, La Struttura Dovrà Consegnare All'Ucg Una Relazione Con Indicazione Del Numero Di Medici Con Costo Medio Pro-Capite > Della Media Aziendale Presenti Nei Tre Report Elaborati E Il Numero Dei Medici Sottoposti Ad Audit, Allegando Altresì Copia Dei Tre Report Estratti Dal Sistema Con Indicazione Per Ciascun Medico Del Verbale E Data Di Audizione.	5	U.O. Distretti E Altra Assistenza Territoriale	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N.1.21	5	Assistenza Farmaceutica	Riduzione Spesa Farmaceutica	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	Presenza Delle Note Di Avvio Del Procedimento	1)Val. Pessima < 40% Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento, Riconosc 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 40,1 E 60% Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Riconosc 30% ; 3)Val. Media Fra 60,1 E 80% Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Riconosc 60% ; 4)Val. Buona Fra 80,1 E 90% Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Riconosc 85% ;5) Val. Ottima >95% Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Riconosc 100%)	Numero Medici Attenzionati Controllati / Numero Medici Attenzionati Segnalati Dall'Area Farmaceutica	Al Fine Di Dimostrare L'Avvenuto Raggiungimento Dell'Obiettivo, La Struttura Dovrà Consegnare All'Ucg Una Relazione Con Indicazione Del Numero Di Medici Oggetto Di Segnalazione Da Parte Dell'Area Farmaceutica (Allegando Le Relative Segnalazione) E Il Numero Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Indicando Tutte Le Note Di Protocollo Di Avvio Del Procedimento.	5	U.O. Distretti E Altra Assistenza Territoriale	> 85%	> 95%	> 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.36	5	Assistenza Farmaceutica	Riduzione Della Spesa Farmaceutica	Attivare Almeno Un Controllo Quadrimestrale Per La Verifica Su Ciascuna Struttura Finalizzato Ad Accertare Che Per Ciascuna Dimissione Che Dovesse Prevedere La Somministrazione Diretta Di Farmaci, Ci Sia Stato L'inserimento Nella Cartella Clinica Di Copia Della Prescrizione Effettuata In Edotto.	Numero Di Controlli Effettuati	1)Val. Pessima < 30% Dei Controlli Effettuati. Riconosc 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 30 E 49,9% Dei Controlli Effettuati. Riconosc 30% 3)Val. Media Fra 50 E 70% Dei Controlli Effettuati. Riconosc 50% ; 4)Val. Buona Fra 71 E 90% Dei Controlli Effettuati. Riconosc 80% ;5) Val. Ottima >90% Dei Controlli Effettuati Riconosc 100%)	% Controlli Effettuati Come Risultanti Da Verbale Di Audit / Controlli Previsti (6 Controlli Per Ciascuna Uo)	Le Strutture Preposte Al Controllo, Dovranno Trasmettere All'Area Farmaceutica Un Report Quadrimestrale Su File Excel, Che Indichi Per Ciascuna U.O. Le Data Di Audit (Comprovate Da Verbale Da Archiviarsi Agli Atti Della Struttura) E Il Numero Di Dimissioni Controllate In Ciascun Audit Con Indicazione Del Numero Di Dimissioni Che Avrebbero Dovuto Prevedere La Somministrazione Diretta Ed Il Numero Di Somministrazioni Dirette Comprovate Da Prescrizione Informatizzata.	3	U.O. Di Supporto All'Attività Ospedaliera	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.42	5	Assistenza Farmaceutica	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Ampliamento Fascia Oraria Per La Distribuzione Diretta Del Primo Ciclo Di Terapia A Seguito Di Dimissione Ospedaliera O Visita Ambulatoriale	Apertura Farmacie Ospedaliere Sino Alle Ore 15 Dal Lun Al Ven Sino Alle Ore 13 Il Sab;	1)Val. Pessima Mancato Rispetto Degli Orari Indicati. Riconosc 0% 2) Val. Ottima Apertura Secondo Gli Orari Indicati. Riconosc 100%	Relazione Da Parte Della Direzione Sanitaria Di Presidio Attestante Il Rispetto Degli Orari Stabiliti.	Le Direzioni Sanitarie Dovranno Attestare Il Rispetto Degli Orari Stabiliti Dal Presente Obiettivo Inviando Una Relazione Trimestrale All'Ucg	3	U.O. Di Supporto All'Attività Ospedaliera	Apertura Secondo Gli Orari	Apertura Secondo Gli Orari	Apertura Secondo Gli Orari	Direzioni Sanitarie Di Presidio

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.44	5	Assistenza Farmaceutica	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Procedura Finalizzata Al Recupero Degli Sconti Per I Farmaci Inseriti Nei Registri Di Monitoraggio Aifa E Soggetti A Rimborsabilità Condizionata. Gestione Dei Registri Aifa Relativa Alla Dispensazione, Chiusura Dei Trattamenti E Richiesta Dei Rimborsi, Laddove Previsto.	Verifica Chiusura Trattamenti Per I Farmaci A Rimborso. Periodica Raccolta Di Note Credito Relative Ai Rimborsi	1) Val. Pessima. Procedure Portate A Termine In Valore Economico < 60% Delle Procedure Annue. Riconosc 0% 2) Val. Sufficiente. Procedure Portate A Termine In Valore Economico Compresse Fra Il 60% E Il 99% Delle Procedure Annue. Riconosc In Base A % Raggiunta 3) Val. Ottima Procedure Portate A Termine In Valore Economico Pari Al 100% Delle Procedure Annue. Riconosc 100%	Esistenza Report Attestanti L'Avvenuta Richiesta Di Rimborso	L'Area Farmaceutica Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Attraverso Relazione Annuale Che Attesti Per Ciascuna U.O. Preposta Alla Richiesta Delle Note Di Credito Il Numero Di Procedure Complessive Con Relativo Valore Economico Comprensivo Delle Procedure Sospese Al 31/12 Dell'Anno Precedente Ed Il Numero Di Procedure Portate A Termine Con Relativo Valore Economico.	3	U.O. Di Supporto All'Attività Ospedaliera	> 75%	> 85%	> 85%	Area Farmaceutica
T41	5	Assistenza Farmaceutica	Appropriatezza D'Uso Dei Farmaci Antibiotici.	Predisposizione Nuova Modulistica In Uso Per L'Approvvigionamento Da Parte Delle Uu.Oo. Dei Farmaci Antibiotici, Per Rendere Più Accurata L'Attività Di Monitoraggio (Es. Antibiotogramma, Refertazione Di Terzi, Etc) E Monitoraggio Consumi Con Invio Della Relazione Alla Direzione Strategica	Produzione Di N. 1 Report Quadrimestrale Sul Consumo Di Antibiotici, In Collaborazione Con La Direzione Sanitaria Di Presidio, Da Inviarsi Rispettivamente Nei Mesi Di Maggio, Settembre E Gennaio Anno Successivo.	1) Valutazione Pessima= Assenza Di Report E Mancata Trasmissione Alla Direzione Strategica E Ucg; 2) Valutazione Buona = Trasmissione Di Almeno N. 3 Riconoscimento 75% 3) Valutazione Ottima. Trasmissione Dei 4 Report. Riconoscimento 100%	Numero Report	In Occasione Della Verifica Del Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Struttura Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Dei Report	3	U.O. Di Supporto All'Attività Ospedaliera	Produzione Dei Tre Report	Produzione Dei Tre Report	Produzione Dei Tre Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T42	5	Assistenza Farmaceutica	Attività Di Controllo Su Ciascuna Unità Operativa.	Eseguire Nr.2 Ispezioni Per U.O / Anno, Per Verificare La Coerenza Delle Dotazioni Interne Di Farmaci E Materiale Sanitario E La Loro Corretta Conservazione.	Predisposizione Verbali Di Ispezione	1) Valutazione Pessima= Assenza Verbali Ispezione E Mancata Trasmissione All'Ucg; 2) Valutazione Ottima= Presenza Verbali Ispezione E Trasmissione All'Ucg	Verifica Esistenza Invio Documentato (Pec / Mail / Protocollo)	In Occasione Della Verifica Del Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Struttura Dovrà Fornire L'Elenco Dei Controlli Effettuati Indicando U.O. E Data Controllo Comprovata Da Verabel	3	U.O. Di Supporto All'Attività Ospedaliera	2 Ispezioni Per Uo	2 Ispezioni Per Uo	2 Ispezioni Per Uo	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.43	5	Assistenza Farmaceutica	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Aggiornamento Sul Sito Web Dell'Elenco Di Farmaci Distribuibili In Fase Di Dimissione /Visita Specialistica Come Espressamente Previsto Dalla Delibera 1704/2018 E Comunicazione Dell'Elenco Alle U.O. Interessate.	Esistenza Sul Sito Web E Comunicazione Alle U.O. Interessate Dell'Elenco Di Farmaci Distribuibili In Fase Di Dimissione /Visita Specialistica Come Espressamente Previsto Dalla Delibera 1704/2018	1)Val. Pessima Assenza Della Lista Nella Sezione Dedicata Del Sito Web Aziendale E Assenza Della Comunicazione Alle U.O. Interessate. Riconosc 0% 2) Val. Ottima Presenza Della Lista Nella Sezione Dedicata Del Sito Web Aziendale E Presenza Della Comunicazione Alle U.O. Interessate. Riconosc 100%	Verifica Dell'Esistenza Dell'Elenco Farmaci Distribuibili E Verifica Avvenuta Comunicazione Alle U.O. Interessate	L'Area Farmaceutica Dovrà Trasmettere Entro 90 Giorni Dall'Assegnazione Dell'Obiettivo Relazione All'Ucg Allegando Copia Della Nota Di Trasmissione Alle Uo E Della Nota Di Trasmissione Per La Pubblicazione Sul Sito	1	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	Pubblicazione Report	Pubblicazione Report	Pubblicazione Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.46	5	Assistenza Farmaceutica	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Richiesta Alla Formazione Di Accreditamento Ecm E Contestuale Organizzazione E Realizzazione Di Incontri Con La Dirigenza Medica Aziendale Sul Corretto Uso Del Farmaco In Presenza O In Fad	Esistenza Di Richiesta Di Accreditamento	1) Val. Pessima Assenza Della Richiesta Di Accreditamento 2) Valutazione Ottima Richiesta Di Accreditamento Riconosc 100%	Nota Di Richiesta Accreditamento	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuta Richiesta Alla Uosvd Formazione Di Accreditamento Dell'Evento	1	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	Organizzazione Dei Corsi	Organizzazione Dei Corsi	Organizzazione Dei Corsi	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.47	5	Assistenza Farmaceutica	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Richiesta Alla Formazione Di Accreditamento Ecm E Contestuale Organizzazione E Realizzazione Di Incontri Con Mmg E Pls Sul Tema Dell'Antibiotico Terapia In Presenza O Fad E Trasmissione Del Materiale E Documentazione Per Lo Svolgimento E Realizzazione Del Corso	Esistenza Di Richiesta Di Accreditamento	1) Val. Pessima Assenza Della Richiesta Di Accreditamento 2) Valutazione Ottima Richiesta Di Accreditamento Riconosc 100%	Nota Di Richiesta Accreditamento	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuta Richiesta Alla Uosvd Formazione Di Accreditamento Dell'Evento	1	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	Organizzazione Dei Corsi	Organizzazione Dei Corsi	Organizzazione Dei Corsi	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.48	5	Assistenza Farmaceutica	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Monitoraggio Dell'Utilizzo Dei Farmaci Biosimilari / Basso Costo E Monitoraggio Degli Specialisti Prescrittori	Elaborazione Di Report Trimestrale Con Indicazione Dei Medici Prescrittori Ed Una Valutazione Per Ciascuno Del Comportamento Prescrittivo.	1) Val. Pessima Assenza Di Nr. 4 Report Relativo Ai Prescrittori E Mancata Trasmissione Alla Dir. Sanitaria Riconoscimento 2) Val. Ottima Presenza Di Nr. 4 Report Relativo Ai Prescrittori E Trasmissione Alla Dir. Strategica Riconosc 100%	Numero 4 Report Specialisti Prescrittori Individuati Con Relative Note Di Trasmissione Alla Dir. Strategica	L'Area Farmaceutica Trasmetterà All'Ucg Copia Di Nota Di Trasmissione Della Dir. Strategica	1	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	Elaborazione E Invio Alla Direzione Strategica Dei 4 Report	Elaborazione E Invio Alla Direzione Strategica Dei 4 Report	Elaborazione E Invio Alla Direzione Strategica Dei 4 Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T2	5	Assistenza Farmaceutica	Consumo Farmaci Per Terapia Del Dolore (M28)	Monitoraggio Appropriata Prescrizione E Consumo Territoriale Farmaci Oppioidi Per Terapia Del Dolore	Redazione Linea Guida E Trasmissione Report In Merito Alla Prescrizione E Consumo Territoriale E/O Ospedaliero Dei Farmaci Oppioidi Per La Terapia Del Dolore Tenuto Conto Anche Dei Criteri Mes	Linea Guida + Report (Obiettivo Raggiunto: 100%); Report Trasmissione (Obiettivo Parzialmente Raggiunto: 50%); Nessun Report Trasmissione (Obiettivo Non Raggiunto: 0%).	Riscontro Della Trasmissione Della Linea Guida E Reportalla Direzione Strategica (Si/No) Con Evidenza Andamento Dei Consumi E Dell'Appropriatezza Prescrittiva	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuta Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	1	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	Linee Guida E Report	Report Di Monitoraggio	Report Di Monitoraggio	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T3	5	Assistenza Farmaceutica	Monitoraggio Della Spesa Farmaceutica Convenzionata	Report Trimestrali Spesa Farmaceutica Convenzionata A Mmg-Pls Per Il Tramite Dei Direttori Distretti Socio Sanitari	Elaborazione Di N. 4 Report Trimestrali Relativi Alla Spesa Farmaceutica Convenzionata Aziendale E Per Ogni Distretti Socio Sanitari	1) Valutazione Pessima= Assenza Di N. 4 Report E Mancata Trasmissione Alla Direzione Generale E Alle Direzioni Di Distretto; 2) Valutazione Ottima= Presenza Di N.4 Report E Trasmissione Alla Direzione Generale E Alle Direzioni Socio Sanitarie	N. 4 Report Spesa Farmaceutica Convenzionata Individuati Con Relative Note Di Trasmissione Alla Direzione Generale E Alle Direzioni Dei Distretti Socio Sanitari	L'Area Farmaceutica Trasmetterà All'Ucg Copia Di Nota Di Trasmissione Alla Direzione Generale E Ai Distretti Socio Sanitari Dei 4 Report Trimestrali	1	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	Predisposizione Dei 4 Report	Predisposizione Dei 4 Report	Predisposizione Dei 4 Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T4	5	Assistenza Farmaceutica	Adempimento Normativo In Materia Di Visite Ispettive Determina Dirigenziale Regione Puglia N. 417/2016	Formazione Sugli Adempimenti Previsti Secondo Il Modello Regionale Di Ispezione Determina Dirigenziale Regione Puglia N.417/2016	Realizzare Entro Il 20/12/2021 Incontri Formativi In Presenza, A Piccoli Gruppi, Che Raggiungano Il 85% Dei Titolari/Direttori Delle Farmacie Convenzionate	1) Val. Pessima Processo Non Concluso O Concluso Oltre I Termini Riconosc 0% 2) Val. Ottima Processo Concluso Entro I Termini Riconosc 100%	Esistenza Di Materiale Comprovante L'Avvenuta Organizzazione Di Almeno N. 2 Eventi In Corso D'Anno	L'Area Farmaceutica Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Attraverso Relazione Da Trasmettere Entro Il 31/12/Anno Corrente All'Ucg	1	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	Formazione Di Almeno L'85% Dei Resp. Farmacie Convenzionate	Formazione Di Almeno L'100% Dei Resp. Farmacie Convenzionate	N.A.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
T5	5	Assistenza Farmaceutica	Adempimento Normativo In Materia Di Visite Ispettive Art. 127 Tuls	Totalizzare Nell'Arco Del Biennio 2021/2022 Visite Ispettive In Numero Pari Alle Farmacie Convenzionate Bt	Realizzare Entro Il 20/12/2021 Nr.Visite Ispettive Pari Al 50% Delle Farmacie Convenzionate Bt	1) Val. Pessima Processo Non Concluso O Concluso Oltre I Termini Riconosc 0% 2) Val. Ottima Processo Concluso Entro I Termini Riconosc: 100%	Relazione Attestante L'Avvenuta Definizione Del Processo Nei Termini	L'Area Farmaceutica Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Attraverso Relazione Da Trasmettere Entro Il 31/12/Anno Corrente All'Ucg	1	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	>= 50%	100%	N.A.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T6	5	Assistenza Farmaceutica	Redazione Procedure Gestione Covid (B7Mes)	Redazione E Utilizzo Di Procedure Operative Standard Per L'Allestimento E Gestione Dei Farmaci Nell'Emergenza Covid	Redazione Di N. 2 Procedure Operative Standard Per L'Allestimento E Gestione Dei Farmaci Nell'Emergenza Covid	N. 2 Procedure Adottate (Obiettivo Raggiunto: 100%); N.1 Procedura Adottata (Obiettivo Parzialmente Raggiunto: 50%); Nessuna Procedura Adottata (Obiettivo Non Raggiunto: 0%)	Approvazione Delle Procedure Da Parte Della Direzione Strategica (Si/No) E Adozione Della Stessa	Pubblicazione In Albo Pretorio Delle Proceure Approvate	1	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	Predisposizione Delle Due Procedure	N.A.	N.A.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T15	5	Assistenza Farmaceutica	Riduzione Della Spesa Farmaceutica	Riduzione Della Spesa Farmaceutica In Antibiotici	Elaborazione Protocolli Diagnostico-Terapeutici Tonsillite Acuta- Infezione Delle Vie Urinarie	100% Se Trasmessa Le Due Procedure; 50% Se Trasmissione Parziale (1 Procedura); 0% Nessuna Procedura	N° 2 Procedure Elaborate Entro Il 31/12/2021	Invio All'Ucg Del Verbale Di Discussione Delle Procedure Elaborate Con I Soggetti Interessati E Copia Delle Procedure Predisposte.	1	S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia	Predisposizione Delle Due Procedure	N.A.	N.A.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N.1.18	6	Sanita' Digitale	Rispetto Delle Disposizioni Vigenti In Materia Di Sanità Elettronica. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	% Ricette Dematerializzate Rispetto Al Totale Delle Ricette Emesse	% Di Ricette Dematerializzate Su Totali	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore Al 60%; Riconoscimento 0% Del Peso Previsto 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 60 E Il 79,9 % Delle Prestazioni Erogabili Riconoscimento Proporzionale Del 60% Massimo Del Peso Previsto; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore Al 79,9%. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto;	% Di Ricette Dematerializzate / % Di Ricette Complessive Emesse Dalla Struttura	Il Rula Elaborerà Una Reportistica Indicante Per Ciascuno Specialista Il Num. Di Ricette Dematerializzate Ed Il Numero Di Ricette Complessive. Associando I Professionisti A Ciascuna Struttura Assegnataria Di Budget Si Determinerà La % Di Dematerializzate Su Complessive Per Singola Struttura.	57	Strutture Ospedaliere E Territoriali Che Effettuano Prescrizioni	> 85%	> 90%	> 90%	Rula
M22	6	Sanita' Digitale	Adozione Del Piano Operativo Per Il Lavoro Agile (Pola) In Attuazione Delle Nuove Linee Guida Ministeriali	Tutte Le Aree, Servizi Ed Uffici Aziendali (Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici E Di Supporto) Dovranno Concorrere Al Raggiungimento Delle % Minime Previste Dal Legislatore In Materia Di Lavoro Agile E Quantificate Dall'Azienda Con L'Approvazione Del Pola E Alla Stipula Del Contratto Individuale Con Il Personale Che Effettua Lavoro Agile.	Giornate In Modalità Agile Effettuate / Giornate In Modalità Agile Previste	1) Valutazione Insufficiente % < 65% Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Sufficiente % >= Del 65% E < 100% . Riconoscimento In Base A % Raggiunta; 3) Valutazione Ottima % >= 100% Riconoscimento 100%;	Rapporto Fra Lavoro Agile Svolto E Lavoro Agile Previsto	L'Area Personale Predisporrà Un Report Per U.O. Evidenziano Giornate In Lavoro Agile Previste Per Profilo E Giornate In Lavoro Agile Effettivamente Svolte. La Struttura In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi, Attesterà Di Aver Sottoscritto Con Tutti I Dipendenti Interessati Il Contratto Individuale Dichiarando La Presenza Agli Atti Dell'Ufficio Delle Relative Copie.	53	Strutture Che Effettuano Attività In Modalità Di "Lavoro Agile"	100% Delle % Previste Dal Pola E Sottoscrizione Dei Contratti Individuali	100% Delle % Previste Dal Pola E Sottoscrizione Dei Contratti Individuali	100% Delle % Previste Dal Pola E Sottoscrizione Dei Contratti Individuali	Area Personale / Strutture

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
M22A	6	Sanita' Digitale	Adozione Del Piano Operativo Per Il Lavoro Agile (Pola) In Attuazione Delle Nuove Linee Guida Ministeriali	Predisposizione E Trasmissione Alla Direzione Strategica Entro Tre Mesi Dall'Assegnazione Del Presente Obiettivo, Di Una Relazione Contenente (Mappatura, Priorità E Reingegnerizzazione Dei Processi) L'individuazione, Lo Sviluppo E L'Attuazione Di Specifiche Attività E/O Modalità Organizzative Interne Da Apportare A Ciascuna Area O Servizio, Per Quanto Di Rispettiva Competenza, Funzionali Allo Sviluppo Del Lavoro Agile In Ambito Aziendale In Coerenza Con Quanto Richiesto In Merito Dalle Nuove Linee Guida Ministeriali.	Relazione Su Stato Di Avanzamento E Proposta Modifiche Organizzative Per Sviluppo Lavoro Agile.	Valutazione Scarsa. Nessuna Relazione O Relazione Oltre I Termini Indicati Nel Successivo Punto Riconoscimento 0%; Valutazione Sufficiente Relazione Inviata Oltre I Termini Previsti E Comunque Entro La Fine Dell'Anno. Riconoscimento 65%; Valutazione Ottima Relazione Inviata Nei Termini Previsti. Riconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Relazione.	Trasmissione Del Documento P.O.L.A. Con Specifica Individuazione Delle Attività E/O Processi Effettivamente Attuati Nel Corso Dell'Anno, Dei Relativi Indicatori Di Performance Conseguiti (Organizzativi, Professionali/Formativi, Digitali, Strumentali, Etc.) In Attuazione Delle Nuove Linee Guida Ministeriali Con Evidenza Di Eventuale O Possibile Riduzione Delle Spese Di Funzionamento O Conseguimento Di Economie.	53	Strutture Che Effettuano Attività In Modalità Di "Lavoro Agile"	Invio Relazione	Aggiornamento Relazione	Aggiornamento Relazione	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M26	6	Sanita' Digitale	Adozione Del Piano Operativo Per Il Lavoro Agile (Pola) In Attuazione Delle Nuove Linee Guida Ministeriali	Migliorare Le Competenze E Conoscenze Necessarie Ad Un Corretto Utilizzo Degli Strumenti Informatici A Supporto Dello Svolgimento Del Lavoro Agile Del Personale Aziendale Attraverso Lo Svolgimento Di Corsi Di Formazione, Da Realizzarsi Di Concerto Fra Formazione E Sistemi Informativi Che Coinvolgono Per L'Anno Corrente Tutto Il Personale Che Opera In Regime Di Smart Working	Numero Di Dipendenti Formatati	1)Val. Pessima Unità Formate < Del 30% Delle Unità' Da Formare. Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Unità Formate Fra Il 30% E Il 50% Delle Unità' Da Formare. Riconosc. 30%; 3)Val. Sufficiente Unità Formate Fra Il 50% E Il 70% Delle Unità' Da Formare. Riconosc. 50%; 4)Val. Buona Fra Il 70% E Il 99 % Delle Unità' Da Formare. Riconosc. Pari A % Formata; 5)Val. Ottima > Del 99 % Delle Unità' Da Formare. Riconosc. Pari Al 100 %;	Numero Di Dipendenti Invitati Alla Formazione / Numero Di Dipendenti Che Hanno Operato In Regime Di Smart Working Nel 2020	Per Attestate Il Raggiungimento Dell'Obiettivo, La Struttura Dovrà Fornire Su File Excel L'Elenco Nominativo Del Personale Invitato Alla Partecipazione Ai Corsi Indicando Per Ciascun Dipendente L'Effettiva Partecipazione E La Data Della Sessione Formativa	2	U.O. Gestionali E Di Staff	Formazione Di Almeno Il 30% Degli Aveniti Diritto	Formazione Di Almeno Il 100% Degli Aveniti Diritto	Formazione Di Almeno Il 50% Degli Aveniti Diritto	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M27	6	Sanita' Digitale	Adozione Del Piano Operativo Per Il Lavoro Agile (Pola) In Attuazione Delle Nuove Linee Guida Ministeriali	Sviluppo Interno E/O Progettazione E Acquisto Di Un Sistema Software A Supporto Delle Attività Di Programmazione E Controllo Del Lavoro Agile Con Relativi Percorsi Formativi.	Implementazione Entro Il 30/09 Del Sistema Informativo	1)Val. Pessima Nessuna Implementazione Riconosc 0%; 2)Val. Buona Implementazione Entro Il 31/12 Riconoscimento 70%; 5)Val. Ottima Implementazione Entro Il 30/09 Riconoscimento 100 %;	Verifica Implementazione Software	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Della Data Di Collaudo Attestante L'Avvenuta Implementazione Del Sistema.	1	U.O.S.V.D. Costruzioni /Ristrutturazioni/ Manutenzioni	Implementazione Entro Il 31/12	N.A.	Na.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T34	6	Sanita' Digitale	Implementazione Attività Per Potenziamen to Sanità Digitale	Alimentazione Del Fse Con Referti Digitali	Predisposizione Relazione Sulla Percentuale Dei Referti Per Esterni Conferiti, Sul Totale Dei Referti Prodotti.	Relazione Trasmissa Con Percentuale Di Referti Inviati > = 80% (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 55%-79% (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 50%); < 55% (Obiettivo Non Raggiunto 0%);	Relazione Alla Direzione Strategica Con Report Annuale (Si/No) Dal Quale Rilevare La Percentuale Di Conferimento	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Etc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Etc. Ai Soggetti/Uffici Interessati Nonché Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere. Verifica Dell'Effettuazione Dell'Adempimento	1	U.O.S.V.D. Costruzioni /Ristrutturazioni/ Manutenzioni	>60%	1	1	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
T35	6	Sanita' Digitale	Implementazione Attività Per Potenziamen to Sanità Digitale	Predisposizione Cruscotto Informativo Su Attività' Di Prescrizione Dematerializzata Aziendale	Predisposizione Relazione Su Stato Di Implementazione E Dispiegamento Della Soluzione	Relazione Trasmessa Sullo Stato Di Implementazione E Dispiegamento Riportante Il Numero Di Utenti Prescrittori Abilitati Alla Consultazione > = 70% (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 40%-69% (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 50%); < 40% (Obiettivo Non Raggiunto 0%);	Relazione Alla Direzione Strategica Con Report Annuale (Si/No) Dal Quale Rilevare Il Numero Di Utenti Prescrittori Che Hanno Accesso Alla Procedura	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Ecc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Ecc. Ai Soggetti/Uffici Interessati Nonché Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere. Verifica Del Miglioramento Qualitativo Del Monitoraggio Della Percentuale Di Prescrizioni Dematerializzate Operate Dai Medici.	1	U.O.S.V.D. Costruzioni /Ristrutturazioni/ Manutenzioni	>60%	1	1	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T36	6	Sanita' Digitale	Implementazione Attività Per Potenziamen to Sanità Digitale	Avvio Processo Di Sperimentazione Cartella Clinica Aziendale	Dispiegamento Della Soluzione Di Cartella Clinica Ospedaliera, Nel P.O. Scelto Dalla Ds, Nelle Seguenti Componenti: Foglio Unico Di Terapia, Cartella Infermieristica, Consulenza Extrareparto.	Relazione Trasmessa Sullo Stato Di Implementazione E Dispiegamento Riportante Il Numero Di Reparti Relativi Al P.O. Prescelto > = 70% (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 40%-69% (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 50%); < 40% (Obiettivo Non Raggiunto 0%);	Relazione Alla Direzione Strategica Con Report Annuale (Si/No) Dal Quale Rilevare Il Numero Di Reparti Del P.O. Nel Quale E' Stata Dispiegata La Soluzione	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Ecc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Ecc. Ai Soggetti/Uffici Interessati Nonché Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere. Verifica Del Miglioramento Qualitativo Dell'Erogazione Dell'Assistenza Sanitaria Ospedaliera.	1	U.O.S.V.D. Costruzioni /Ristrutturazioni/ Manutenzioni	>60%	1	100% Tutti I Pp.Oo	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T37	6	Sanita' Digitale	Qualità Assistenza	Sistematizzazione Sistema Di Incasso Digitale Delle Spettanze Aziendali	Consolidamento Canale Di Pagamento Ticket Sanitari Attraverso Circuito Pago Pa	Relazione Trasmessa Sullo Stato Di Implementazione Della Soluzione Riportante Il Numero Avvisi Di Pagamento Emessi Con Iuv > = 90% (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 70%-89% (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 50%); < 70% (Obiettivo Non Raggiunto 0%);	Relazione Trasmessa Alla Direzione Strategica Con Report Annuale Dal Quale Si Evince Il Numero Di Coupon Di Prenotazione Prestazioni Sanitarie Con Relativo Avviso Di Pagamento Pago-Pa (Solo Per Paganti).	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Ecc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Ecc. Ai Soggetti/Uffici Interessati Nonché Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere. Verifica Del Miglioramento Qualitativo Dell'Erogazione Dei Servizi All'Assistito.	1	U.O.S.V.D. Costruzioni /Ristrutturazioni/ Manutenzioni	> 85%	> 95%	> 95%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T38	6	Sanita' Digitale	Implementazione Attività Per Potenziamen to Sanità Digitale	Sistematizzazione Del Nuovo Canale Di Comunicazione Con Gli Assistiti Previsto Dal Piano Triennale Per L'Informatica	Introduzione Del Sistema Di Reminder Degli Appuntamenti Tramite App Io Ed Avvio Del Nuovo Cruscotto Di Backoffice Per Gestione Attività' Di Reminder	Relazione Trasmessa Sull'Implementazione E Dispiegamento Della Soluzione Di Frontoffice E Backoffice: Entrambe Le Soluzioni Dispiegate (Obiettivo Raggiunto 100%); N.1 Soluzione Dispiegata (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 50%); Nessuna Soluzione Dispiegata (Obiettivo Non Raggiunto 0%);	Relazione Alla Direzione Strategica Con Report Annuale (Si/No) Dal Quale Rilevare Il Numero Di Soluzioni Dispiegate	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Ecc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Ecc. Ai Soggetti/Uffici Interessati Nonché Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere. Verifica Del Miglioramento Qualitativo Dell'Erogazione Dei Servizi All'Assistito.	1	U.O.S.V.D. Costruzioni /Ristrutturazioni/ Manutenzioni	Invio Relazione	Invio Relazione	Invio Relazione	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.2	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Efficienza Operativa	Ribaltare / Discutere Degli Obiettivi Di Budget Con Tutto Il Personale Afferente Alla U.O.	Azione Sub 1) Invio Al Controllo Di Gestione, Entro 30 Giorni Dall'Assegnazione Degli Obiettivi, Del Verbale Di Condivisione Con Il Personale Dirigenziale E Di Comparto Degli Obiettivi Assegnati; Azione Sub 2) Invio Al Controllo Di Gestione, Entro Il 31 Luglio Della Relazione Sulla Verifica Infrannuale Degli Obiettivi Di Budget Su (Fac-Simile Allegato B) Unitamente Alla Documentazione Giustificativa Sul Raggiungimento Dell'Obiettivo E Verbale Attesante La Condivisione Con Il Personale Afferente Alla U.O.; Azione Sub 3) Invio Al Controllo Di Gestione, Entro Il 31 Dicembre Della Relazione Sulla Verifica Infrannuale Degli Obiettivi Di Budget Su (Fac-Simile Allegato B) Unitamente Alla Documentazione Giustificativa Sul Raggiungimento Dell'Obiettivo E Verbale Attesante La Condivisione Con Il Personale Afferente Alla U.O.; Azione Sub 4) Invio Al Controllo Di Gestione, Entro Il 31 Dicembre Della Relazione Sulla Verifica Infrannuale Degli Obiettivi Di Budget Su (Fac-Simile Allegato B) Unitamente Alla Documentazione Giustificativa Sul Raggiungimento Dell'Obiettivo E Verbale Attesante La Condivisione Con Il Personale Afferente Alla U.O.	1)Val. Pessima "Nessun Verbale TrasMESSO" Riconosc 0%;2)Val. Scarsa "Trasmissione Di Documenti Inferiori A Quelli Graduati Nel Successivo Punto 3; Riconosc 30%;3)Val. Buona Trasmissione Documento Azione Sub 1) Almeno Un Documento Fra Quelli Richiesti Con (Azione Sub 2 E Azione Sub 3) - Documento Richiesto Azione Sub 4 Riconosc 85%;4)Val. Ottima "Trasmissione Di Tutte Le Relazioni E Verbali Richiesti Riconosc 100% ;	Verifica Documentazione Attestante L'Avvenuto Invio All'Ucg Dei Verbali	L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Esclusivamente Se La Struttura Avrà Allegato Alla Relazione Finale La Documentazione Attestante L'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto. L'Invio Dovrà Avvenire Esclusivamente Utilizzando Sistemi Che Possano Certificare La Data Di Invio (Pec / Mail / Protocollo Informatico)	115	Tutte Le Strutture Aziendali	Invio Verbali Previsti Con Ritardo <30 Gg	Invio Verbali Previsti Con Rispetto Dei Tempi	Invio Verbali Previsti Con Rispetto Dei Tempi	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N.1.25	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Efficienza Operativa Asl	Contenimento Della Spesa Del Personale Entro I Limiti Fissati Dalla Normativa Vigente Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Contenimento Dei Costi Per Straordinario (Ordinario, Festivo, In Reper., Ecc..) E Prestazioni Aggiuntive, Nei Limiti Dell'Ammontare Assegnato Tempestivamente Dal Capo Dipartimento (O In Assenza Dall'Area Del Personale).	1)Val. Pessima > 0% Riconosc 0% ; 2) Val. Buona Fra - 0% E -5% Riconosc 90% ; 5)Val. Ottima > -5 % Riconosc 100%)	(Costo - Budget) / Budget *100	L'Area Del Personale Elaborerà Un Report Con Indicazione Della % Raggiunta Da Ciascuna Unità Operativa	115	Tutte Le Strutture Aziendali	<= 0%	<= 0%	<= 0%	Area Personale

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.1A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vinculante	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Invio Delle 2 Relazioni Infrannuali, Nel Rispetto Delle Indicazioni Fornite Dal Rpct Rispettivamente Entro Il 30/06 E 30/12 Di Ciascun Anno	Invio Delle 2 Relazioni Previste	1)Val. Pessima "Nessuna Relazione Trasmessa" Riconosc 0%;2)Val. Scarsa "Trasmissione Di 1 Sola Relazione; Riconosc 30%;3)Val. Buona "Trasmissione Delle 2 Relazione Entro L'Anno E Mancato Rispetto Dei Termini Individuati. Riconosc 90%;5)Val. Ottima "Trasmissione Delle 2 Relazioni Entro I Termini Fissati " Riconosc 100% ;	Verifica Esistenza Invio Documentato (Pec / Mail / Protocollo) Delle Relazioni;	Per Attestate Il Raggiungimento Dell'Obiettivo, La Struttura Dovrà Allegare Copia Della Mail / Pec O Indicare Il Protocollo Informatico Di Trasmissione.	114	Tutte Le Strutture Aziendali	Trasmissione Relazioni Previste	Trasmissione Relazioni Previste	Trasmissione Relazioni Previste	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M28	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Predisposizione E Invio Entro 20 Gg Della Documentazione E/O Relazione Necessaria All'Espletamento Della Relazione Da Parte Della Uosvd Medicina Legale Relativamente A Richieste Risarcitorie Da Trattare In Cvs.	Invio Della Relazione Con Documentazione Necessaria Alla Uosvd Medicina Legale	1)Val. Pessima Somma Gg. Complessivi Riscontri / Numero Riscontri > 30 Gg Riconosc 0%;2)Val. Scarsa Somma Gg. Complessivi Riscontri / Numero Riscontri Compresa Fra 25 E 30 Gg Riconosc 30%;3)Val. Sufficiente Gg. Complessivi Riscontri / Numero Riscontri Compresa Fra 21 E 25 Gg Riconosc 60%;4)Val. Buona Gg. Complessivi Riscontri / Numero Riscontri Compresa < 21 Gg Riconosc 75%;5)Val. Ottima Se Ogni Riscontro E ' Fornito Entro Il Termine Di 20 Gg Riconosc 100%	Gg. Complessivi Riscontri / Numero Riscontri	L'Ucg Sulla Scorta Del Report Predisposto Dal Coordinamento Cvs Procederà A Calcolare Per Ciascuna Struttura I Tempi Medi Di Riscontro	81	Strutture Aziendali Di Produzione	< 25 Gg	<= 20 Gg	Tutti I Casi Entro 20 Gg	Ucg
G1.7	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Riduzione Dell'Incidenza % Dei Costi Per Consumi Di Materiali E Spesa Del Personale Rispetto Al Valore Della Produzione.	Incidenza Costi Per Consumi Di Materiale E Personale / Valore Della Produzione	1)Val. Pessima Ove % Anno > % Anno Di Riferimento (2019) , Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Ove % Anno <= % Anno Di Riferimento (2019).Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Percentuale ((Costo Materiale+Costo Personale)/(Valore Produzione Drg, Ambulatoriali Esterne E Presti Interne Se Misurabili)) Al Netto Stima Oneri Derivanti Da Rinnovi Contrattuali Personale Dipendente	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare La Variazione % Dell'Indicatore. La Valutazione Terrà Conto Dei Soli Mesi 2021 La Cui Attività Si Svolgerà In Regime Ordinario E Il Confronto Avverrà Con L'Anno 2019 A Parità Di Condizioni	55	Strutture Di Produzione	% Anno <= % Anno Di Riferimento (2019)	% Anno <= % Anno Di Riferimento (2019)	% Anno <= % Anno Di Riferimento (2019)	Ucg
N1.12A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Riduzione Dei Debiti Verso Fornitori	Liquidazione Delle Fatture Anni Precedenti, Entro 45 Giorni Dalla Notifica Delle Partite Da Pagare Come Notificate Dall'Agref, Ad Eccezione Delle Fatture Bloccate Dando Evidenza Per Ciascuna Fattura Della Nota Di Protocollo Con Cui La Fattura È Stata Contestata Alla Struttura;	Azzeramento Debiti Pregressi	1)Val. Pessima < 50% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 0%;2)Val. Scarsa Fra 50% E 70% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 40%;3)Val. Media Fra 70% E 85% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 50 Giorni Riconosc 60%;4)Val. Buona Fra 85% E 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 48 Giorni Riconosc 85%;5)Val. Ottima > 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 45 Giorni Riconosc 100% ;	(Num. Fatture Liquidate + Num. Fatture Bloccate Per Contestazioni Formali Al Fornitore)/ Numero Fatture Indicate In Elenco Agref	L'Agref Predisporrà Entro 60 Gg Dalla Scadenza Del Termine, Un Report Da Resituire Al Centro Liquidatore Indicando Per Ciascuna Delle Fatture Lo Stato (Liquidata / Bloccata Con Contestazione / Non Liquidata) E Determinando La % Di Fatture Liquidate E Bloccate Sul Totale Delle Fatture.	21	Strutture Presposte Alla Liquidazione Delle Fatture	> 85%	> 90%	> 90%	Agref

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.12B	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Riduzione Dei Debiti Verso Fornitori	Liquidazione Delle Fatture Ricevute A Decorrenza Dal 1° Gennaio Dell'Anno Corrente Entro 40 Giorni Dalla Data Di Assegnazione Della Fattura Alla Struttura.	Rispetto Dei Tempi Di Pagamento	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 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 70% ;5)Val. Ottima > 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 100% ;;	Fatture Liquidate Nei Termini / Fatture Assegnate Nel Anno Corrente E Da Liquidare Entro I L31/12	L'Agrif Predisporrà Un Report Relativo Alle Fatture Calcolando Il Tempo Medio Di Liquidazione Di Ciascuna Fattura Assegnata Dal 1/1 Al 31/12 Determinando Per Ciascuna Struttura La % Delle Fatture Che Sono State Liquidate Nei Termini .	21	Strutture Presposte Alla Liquidazione Delle Fatture	> 85%	> 90%	> 90%	Agrif
N1.29	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitoraggio Costante Spesa E Definizione Tempestiva Del Fabbisogno Finanziario	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.	Adozione Di Una Procedura Che Consenta Di Monitorare La Presenza Di Ns. Assistiti 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 E Stato Disposto Il Ricovero; 6) Costo Giornaliero Di Assistenza O Costo Medio Stimato Ove L'Addebito Non E Strettamente Correlato Alle Giornate Di Degenza. Trasmissione Entro Il Giorno 30 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Quadrimestre, Il Database Senza	1)Val. Pessima Nessun Invio Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Scarsa Invio Di Almeno 1 Db . Riconoscimento 30% 3) Val. Media Invio Di Almeno 2 Db . Riconoscimento 70%; 4) Valutazione Ottima Invio Dei 3 Db Con Un Ritardo Complessivo Per I 4 Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 100%.	Verifica Avvenuto Invio Dei Db	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	13	Strutture Territoriali	Invio Di Almeno Un Db Entro I Termini Previsti	Invio Di Tutti I Db Richiesti Con Ritardo Compl. <60 Gg.	Invio Di Tutti I Db Richiesti Nei Termini Indicati	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.1B	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vincolante	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 All'Rpct 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.	Adempimenti Portati A Termine	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 Eseguiti / Adempimenti Da Eseguire (Calcolo % A Cura Dell' Rpct)	L'Rcpt Sulla Scorta Delle Relazioni Presentate Da Ciascuna Struttura Provvederà A Determinare Per Ciascun Assegnatario Dei Budget Una % Complessiva Di Raggiungimento Dell'Obiettivo Che Tenga Conto Anche Della Complessità Relativa Alla Produzione Dell'Atto Da Pubblicare.	8	U.O. Gestionali E Di Staff	Esecuzione Di Tutti Gli Adempimenti Previsti	Esecuzione Di Tutti Gli Adempimenti Previsti	Esecuzione Di Tutti Gli Adempimenti Previsti	Rpct

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.30	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Tempestivo E Corretto Soddisfaccimento Delle Richieste In Relazione Al Fabbisogno Aziendale	Incremento Procedure In Economia Ove Necessarie	Numero Procedure Eseguite	1)Val. Pessima < 60% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 60% E 80% Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima > 80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Procedure Effettuate / Procedure Richieste	L'Area Patrimonio Fornirà Un Report Per Struttura Indicante Il Numero Di Procedure Richieste E Il Numero Di Procedure Espletate	8	Strutture Preposte Alla Gestione Delle Procedure In Economia	> 85%	> 90%	> 90%	Area Patrimonio
N1.34	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Riduzione Spesa Assistenza Protesica	Porre In Essere Attività Di Controllo Finalizzate A Garantire Il Rispetto Del Vincolo Finanziario Previsto Dalla Regione Sulla Spesa Protesica	Rispetto Del Budget Assegnato	1)Val. Pessima Costo Anno Corrente > Costo Anno Precedente Ridotto Del 5% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Costo Anno Corrente <= Costo Anno Precedente Ridotto Del 5% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Verifica Rispetto Budget Previsto	La Verifica Sarà Effettuata Direttamente Dall'Ucg Sulla Scorta Delle Informazioni Presenti In Contabilità Analitica	6	Distretti E Area Patrimonio	Costo 2021 <Costo 2019 Del 5%	Costo 2022 <Costo 2019 Del 5%	Costo 2023 <Costo 2019 Del 5%	Ucg
S.5A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Riduzione Contratti In Proroga	Azzeramento Dei Contratti In Proroga Esistenti Alla Data Del 31/12/Anno Precedente.	% Numero Di Procedure Avviate Nel Anno Corrente Su Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente / Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente	1)Val. Pessima < 40% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 40% E 80% Riconoscimento Proporzionale Del Peso Previsto 3) Val. Ottima > 80% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Numero Dei Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente Avviati Nel Corso Del Anno Corrente / Numero Dei Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente	Elaborazione Da Parte Della Struttura Di Un Report Analitico Dei Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente, Indicando Per Ciascuno La Delibera Di Iniziazione Ove Esistenti.	5	U.O. Gestionali E Di Staff	> 70%	> 75%	> 80 %	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.5B	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Riduzione Contratti In Proroga	Riduzione Delle Proroghe Nel Corso Del Anno Corrente Con Riferimento Ai Contratti In Scadenza Nel Corso Del Medesimo Anno.	% Numero Proroghe Al 31/12/Anno Corrente Relativamente Ai Soli Contratti Scaduti Nel Anno Corrente.	1)Val. Pessima < 50% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 50% E 70% Riconoscimento Proporzionale Del Peso Previsto 3) Val. Ottima > 70% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Numero Proroghe Al 31/12/Anno Corrente Relativamente Ai Soli Contratti Scaduti Nel Anno Corrente / Numero Contratti Scaduti Nel Anno Corrente	Elaborazione Da Parte Della Struttura Di Un Report Analitico Dei Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente, Indicando Per Ciascuno La Delibera Di Iniziazione Ove Esistenti.	5	U.O. Gestionali E Di Staff	> 60%	> 65%	> 70%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.5C	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Utilizzo Fondi Fesr / Art. 20 / Altre Fondi Di Finanziamento	Attivazione Di Tutte Le Procedure Relative All'Utilizzo Delle Fondi Di Finanziamento Esterno	% Valore Economico Messo A Gara Su Fondi Disponibili	1)Val. Pessima < 50% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Scarsa Fra 50% E 70% Riconoscimento 30% Del Peso Previsto ; 3) Val. Media Fra 70% E 80% Riconoscimento 60% Del Peso Previsto 4) Val. Buona Fra 80% E 90% Riconoscimento Pari Alla % Raggiunta 5) Val. Ottima > 90% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Valore Economico Messo A Gara / Valore Economico Disponibile Al 31/12 Anno Precedente	Elaborazione Da Parte Della Struttura Di Un Report Analitico Dell'Indizione Di Gare Per L'Aggiudicazione Di Forniture E Lavori In Conto Finanziamento;	5	U.O. Gestionali E Di Staff	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.32	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitoraggio Dei Tempi Di Completamento Delle Procedure Di Gara	Verifica Rispetto Dei Tempi Programmati Per La Conclusione Del Procedimento E Dei Tempi Effettivamente Impiegati. Al Riguado Si Segnala Che Ciascuna Struttura Dovrà Allegare A Ciascun Atto Deliberativo Di Avvio Della Procedura Una Scheda Che Individui Le Singole Fasi Endoprocedurali Con Relative Date Di Completamento E Data Stimata Di Aggiudicazione Finale (Somma Dei Tempi Previsti Per Le Singole Fasi)	Giorni Di Ritardo Complessivo Di Tutte Le Procedure Programmate Come Aggiudicazioni Anno Corrente .	1)Val. Pessima Gg Ritardo Complessivi > Gg 30 Per Procedura Da Concludere Entro Il 31/12 Riconosc 0% ; 2) Val. Scarsa Gg Ritardo Complessivi > Gg 20 Per Procedura Riconosc 30% ; 3)Val. Media Gg Ritardo Complessivi > Gg 10 Per Procedura Riconosc 70% ; 4)Val. Buona Gg Ritardo Complessivi > Gg 5 Per Procedura Riconosc 90% ; 5)Val. Ottima Gg Ritardo Complessivi < Gg 5 Per Procedura Riconosc 100%)	Verifica Per Le Procedure Per Le Quali È Programmata La Conclusione Entro Il Anno Corrente Delle Date Di Effettivo Completamento Della Procedura (Invio Proposta Di Deliberazione Aggiudicazione) E Calcolo Delle Differenze.	La Verifica Avverrà Utilizzando Il Report Di Monitoraggio Dei Tempi Di Esecuzione Delle Fasi Endoprocedurali Dove Sarà Indicata La Data Di Presunta Scadenza Della Procedura	4	U.O. Gestionali E Di Staff	Tempi Ritardo <7 Gg. Per Procedura	Tempi Ritardo < 5 Gg. Per Procedura	Tempi Ritardo < 5 Gg. Per Procedura	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S.3D	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitoraggio Costante Obiettivi Assegnati Alle Uosvd Dell'Area	Porre In Essere Attività Di Verifica Sullo Stato Di Avanzamento Degli Obiettivi Da Parte Delle Uosvd Di Appartenenza	% Raggiungimento Obiettivi Specifici Da Parte Delle Aree	1)Val. Pessima % Raggiunta < 50%. Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona % Raggiunta Fra 50% E 70% . Riconoscimento Stessa % Raggiunta; 3) Val. Ottima % Raggiunta > 70% Riconoscimento 100%;	Fatto Il Peso Dell'Obiettivo Pari A 100, Lo Si Divide Per Il Numero Delle Uosvd Di Riferimento E Si Moltiplica Il Sub-Peso Di Ciascuna Uosvd Per La % Di Raggiungimento Complessivo Degli Obiettivi Da Parte Della Stessa.	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Sulla Scorta Dei Risultati Raggiunti Dalle Uosvd Di Afferenza	3	U.O. Gestionali E Di Staff	%>80%	%>80%	%>80%	Ucg
M30	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Definizione In Cvs Della Richiesta Di Risarcimento, Entro 20 Gg Dal Ricevimento Della Relazione Medico Legale Da Parte Della Uosvd Medicina Legale	Verbale Definizione Caso Cvs	1)Val. Pessima Somma Gg. Complessivi Definizione Caso / Casi Definiti > 30 Gg Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Somma Gg. Complessivi Definizione Caso / Casi Definiti Compresa Fra 25 E 30 Gg Riconosc 30% ; 3)Val. Sufficiente Gg. Complessivi Definizione Caso / Casi Definiti Compresa Fra 21 E 25 Gg Riconosc 60%; 4)Val. Buona Gg. Complessivi Definizione Caso / Casi Definiti Compresa < 21 Gg Riconosc 75%; 5)Val. Ottima Se Ogni Caso Definiti E' Inoltrata Alla Dir. Gen. Entro Il Termine Di 20 Gg Riconosc 100%	Gg. Complessivi Riscontri / Numero Perizie	L'Ucg Sulla Scorta Del Report Predisposto Dal Coordinamento Cvs Procederà A Calcolare Per Ciascuna Struttura I Tempi Medi Di Riscontro	3	Strutture Appartenenti Al Cvs	< 25 Gg	<= 20 Gg	Tutti I Casi Entro 20 Gg	Ucg
M33	7	Capacità Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Verifica Distruzione Slot Sale Operatorie Coerenti Con Le Liste Di Attesa Attraverso La Predisposizione E L'Invio Alla Direzione Strategica Di Un Verbale Trimestrale (Entro Feb - Mag - Set - Dic) Alla Presenza Del Resp. Di Anestesia E Rianimazione E Dei Responsabili Delle U.O. Chirurgiche Che Evidenzi Sulla Scorta Di Una Rilevazione Del Numero Di Interventi Programmati Registrati In Edotto Per Ciascuna U.O. Da Riportarsi Nel Verbale La Coerenza Con La Programmazione Della Distribuzione Delle Sedute Operatorie	Verbale Di Discussione	1) Val. Pessima Mancata Predisposizione I Invio Del Verbale Alla Direzione Strategica Riconoscimento 0% 2) Val. Buona Predisposizione E Invio Di Almeno 3 Verbali In Corso D'Anno Con Un Ritardo Complessivo Inferiore A 30Gg. Riconosc 70%; 3) Val. Ottima Predisposizione E Invio Dei 4 Verbali Con Un Ritardo Complessivo Inferiore A 15 Gg. Riconosc 100%	Verifica Esistenza Report	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	3	U.O. Di Supporto All'Attività Ospedaliera	Invio Di Almeno 3 Verbali	Invio Dei 4 Verbali	Invio Dei 4 Verbali	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S.9A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitoraggio Contratti E Contabilita' Generale	Invio Quadrimestrale Entro Il Giorno 15 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Quadrimestre Del Report Dei Contratti In Corso Di Validita' (Ivi Compresi I Contratti In Proroga), Con Indicazione Degli Estremi Di Aggiudicazione, Date Di Validità Del Contratto, Conto Economico Di Riferimento, Fornitore, L'Onere Previsto Per Ciascuna Annualità Di Valenza Del Contratto, Centro Di Costo Destinatario. Il Report Dovrà Indicare Per Le Procedure Avviate A Decorrenza Dal 1° Gennaio 2020 (Come Richiesto Dall'Obiettivo Di Budget S.9A Del 2020) Le Date Di Completamento Delle Singole Fasi Procedurali (Es. Adozione Delibera, Pubblicazione G.U., Delibera Di Aggiudicazione, Contratto Ecc.) Anche Con Riferimento A Procedure Che Non Siano State Oggetto Di Aggiudicazione.	Trasmissione Del Report All'Ucg A Mezzo Sistema Tracciante Entro Il 15 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Quadrimestre	1)Val. Pessima Report Non TrasMESSO Riconoscimento 0% ; 2) Val. Buona. Trasmissione Del Solo Report Annuale 2021 Entro Il 31/01/2022 Riconoscimento 70%; 3) Val. Ottima Trasmissione Dei Tre Report Quadrimestrali. Riconoscimento 100%.	Verifica Esistenza Trasmissione Report	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	2	U.O. Gestionali E Di Staff	Trasmissione Dei Report	Trasmissione Dei Report	Trasmissione Dei Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S16.A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Sviluppare Attività Di Promozione Alla Donazione Del Sangue Con Associazioni, Scuole, Ecc.	Numero Di Incontri Documentati	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	La Struttura Dovrà Trasmettere All'Ucg Relazione Indicante Le Date Degli Incontri E Documentazione Comprovante (Locandine, Verbali Ecc.)	2	U.O. Di Supporto All'Attività Ospedaliera	Almeno N. 5 Incontri	Almeno N. 5 Incontri	Almeno N. 6 Incontri	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S16.B	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Promozione Della Cultura Della Donazione Di Sangue - Formazione Del Personale Aziendale Sull'Importanza Delle Donazioni E La Corretta Informazione Al Paziente	Numero Di Incontri Documentati	1)Val. Pessima Meno Di 6 Incontri Documentati Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 6 E 10 Incontri Documentati Riconoscimento 75% 3) Oltre 10 Incontri Documentati. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Incontri Documentati	La Struttura Dovrà Trasmettere All'Ucg Relazione Indicante Le Date Degli Incontri E Documentazione Comprovante (Locandine, Verbali Ecc.)	2	U.O. Di Supporto All'Attività Ospedaliera	Almeno N. 8 Incontri	Almeno N. 10 Incontri	Almeno N. 10 Incontri	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S.2A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Programmazione Cessazione Del Personale Per Tempestivo Avvio Procedure Di Reclutamento	Elaborazione Del Piano Delle Cessazioni/Pensionamenti Programmati.	Elaborazione E Trasmissione Tracciata All'Uosvd Concorsi Entro 60 Giorni Dall'Assegnazione Dell'Obiettivo, Dell'Elenco Del Personale Che Andra' In Pensione Per Raggiungimento Limiti Massimi Ovvero Per Decisione Dell'Interessato Gia' Oggetto Di Specifica Richiesta.	1)Val. Pessima Report Non Inviato Riconoscimento 0% ; 2) Val. Buona Report Inviato Oltre La Data Di Scadenza Prevista Purchè Comunque Entro 30 Giorni Dalla Scadenza Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima Report Inviato Entro Il Termine Di Scadenza Fissato Riconoscimento 100%;	Verifica Avvenuta Trasmissione Report	La Struttura, In Occasione Della Relazione Finale Trasmetterà All'Ucg Copia Delle Mail Attestanti L'Avvenuto Rispetto Delle Azioni Richieste.	1	U.O.S.V.D. Gestione Personale Dipendente/Relazioni Sindacali	Definizione Del Piano Nei Termini Indicati	Definizione Del Piano Nei Termini Indicati	Definizione Del Piano Nei Termini Indicati	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.2C	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitoraggio Fondo Disagio	Elaborazione Di Una Reportistica Bimestrale Da Trasmettere Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Bimestre, Tenuto Conto Dei Pagamenti Effettuati Sulla Verifica Dell'utilizzo Del Fondo Disagio Da Parte Di Ciascuna Struttura Aziendale	Invio Reportistica Alla Direzione Strategica	1)Val. Pessima Meno Di 2 Report Inviati Riconoscimento 0% ; 2) Val. Buona Almeno 5 Report Inviati Riconoscimento 80% 3) Val. Ottima 6 Report Inviati Entro Il 31/12 Riconoscimento 100%;	1)Val. Pessima Meno Di 4 Report Inviati Riconoscimento 0% ; 2) Val. Buona Almeno 5 Report Inviati Riconoscimento 80% 3) Val. Ottima 6 Report Inviati Riconoscimento 100%;	La Struttura Dovrà Inviare All'Ucg A Mezzo Mail /Pec / Protocollo Il Documento Elaborato;	1	U.O.S.V.D. Gestione Personale Dipendente/Relazioni Sindacali	Invio Almeno 5 Report	Invio 6 Report	Invio 6 Report	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.2D	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitoraggio Competenze Personale Dipendente	Predisposizione Di Un Verbale Semestrale, Previo Invio Di Almeno 1 Richiesta In Ciascun Semestre A Tutti Gli Uffici Rilevazione Presenze Indicando Le Voci Stipendiali Fra Quelle Inserite Dalle Strutture Periferiche (Es. Straordinari - Indennità Di Terapia Intensiva Etc) Selezionate A Campione Sulle Mensilità Dell'Anno Corrente E Finalizzate A Verificare La Corretta Tenuta Della Documentazione Giustificativa (Es. Verifica Per Lo Straordinario Esistenza Firma Del Responsabile Di Uo). Il Controllo Dovrà Prevedere Richieste Di Giustificativi Riferiti A Ciascuna U.O. Aziendale (Uoc E Uosvd). Il Verbale Relativo A Ciascun Semestre Dovrà Essere Compilato Rispettivamente Entro Il 30/6 E 31/12, Avendo Cura Di Inviare Le Richieste Rispettivamente Entro Il 31/3 E 30/9.	Verbale Attestante Gli Esiti Delle Verifiche Effettuate	1)Val. Pessima Mancato Invio Dei Verbal. Riconoscimento 0%; 2) Val. Media Invio Nei Termini Previsti Di Almeno Uno Dei Due Verbal Riconoscimento 60%; 3) Val. Buona Invio Di Entrambi I Verbal Oltre I Termini Indicati Riconoscimento 85%; 4) Val. Ottima Invio Di Entrambi I Verbal Entro I Termini Previsti Riconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Verbal	Trasmissione All'Ucg Rispettivamente Entro Il 30/6 E 31/12 Dei Verbal Attestanti I Controlli Effettuati. L'Obiettivo Si Intende Raggiunto Anche In Assenza Di Riscontro Dalle Strutture Purchè Sollecitato E Segnalato Per Competenza Alla Direzione Strategica.	1	U.O.S.V.D. Gestione Personale Dipendente/Relazioni Sindacali	Invio Dei 2 Verbal	Invio Dei 2 Verbal	Invio Dei 2 Verbal	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S.1A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Tempestività Nel Reclutamento	Monitoraggio Costante Tempi Di Esecuzione Delle Singole Fasi Procedurali	Elaborazione E Trasmissione Alla Direzione Strategica, Entro La Fine Di Ciascun Trimestre, Di Un Report Che Definisca Per Ciascuna Procedura Concorsuale / Avviso Pubblico Non Ancora Completata (Priva Di Delibera Di Approvazione Graduatoria), E Con Riferimento A Ciascuna Singola Fase (Es. Adozione Delibera, Pubblicazione Burp, Pubblicazione G.U., Delibera Ammissione Candidati Etc.) Le Date Di Completamento Delle Singole Attività;	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 3 Report Trimestrali Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 30 Giorni O Inferiore A Quanto Previsto Al Successivo Punto 3. Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima Invio Di Tutti Di Db Richiesti Con Un Ritardo Complessivo Per I 4 Invii Non Superiore A 40 Giorni. Riconoscimento 100%	Verifica Avvenuta Trasmissione Trimestrale Alla Direzione Strategica Del Report Richiesto.	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Etc.)	1	U.O.S.V.D. Assunzioni-Mobilità-Concorsi/Personale Convenzionato/Strutture Accreditate	Invio Di Almeno 3 Report Entro I Termini Previsti	Invio Di Almeno 3 Report Entro I Termini Previsti	Invio Di Almeno 3 Report Entro I Termini Previsti	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.1A2	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Tempestività Nel Reclutamento	Verifica Sul Rispetto Dei Tempi Programmati Per La Conclusione Del Procedimento Amministrativo Riguardante Una Procedura Concorsuale (T.I. / T.D. / Altre Tipologie)	Giorni Di Ritardo Medio Di Tutte Le Procedure Programmate Nell' Anno Corrente .	1)Val. Pessima Gg Ritardo Medio Di Tutte Le Procedure Avviate Nell'Anno Corrente > Gg 30 Riconosc 0%; 2) Val. Scarsa Gg Ritardo Medio Di Tutte Le Procedure Avviate Nell'Anno Corrente > Gg 20 Riconosc 30%; 3) Val. Media Gg Ritardo Medio Di Tutte Le Procedure Avviate Nell'Anno Corrente > Gg 10 Riconosc 70%; 4)Val. Buona Gg Ritardo Medio Di Tutte Le Procedure Avviate Nell'Anno Corrente > Gg 5 Riconosc 90%; 5)Val. Ottima Gg Ritardo Medio Di Tutte Le Procedure Avviate Nell'Anno Corrente < Gg 5 Riconosc 100%)	Sommatoria Di(Giorni Effettivi - Giorni Previsti) Per Ciascuna Procedura / Numero Di Procedure	La Verifica Avverrà Utilizzando Il Report Di Monitoraggio Dei Tempi Di Esecuzione Delle Fasi Endoprocimentali Dove Sarà Indicato Il Numero Di Giorni Effettivamente Previsti Per Procedura (Con Riferimento Alle Sole Attività Di Competenza Dell'Ufficio) Ed Il Numero Di Giorni Impiegati	1	U.O.S.V.D. Assunzioni-Mobilità-Concorsi/Personale Convenzionato/Strutture Accreditate	Ritardo Medio < 10 Gg	Ritardo Medio < 5 Gg	Tempi Media In Linea Con I Tempi Previsti	Ucg
S.1B	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Tempestività Nel Reclutamento	Programmazione Delle Procedure Di Reclutamento Tenuto Conto Dei Posti Vacanti E Del Piano Delle Cessazioni Programmate (Pensionamenti Già Deliberati Al 31/12 Anno Precedente).	Elaborazione Entro 30 Giorni Dalla Data Di Assegnazione Dell'Obiettivo Del Piano Assunzionale Che Individui Per Ciascun Profilo E/O Disciplina I Posti Da Coprire.	1)Val. Pessima Piano Non Elaborato O Elaborato Oltre I Termini Fissati Al Successivo Punto 2 Riconoscimento 0%; 2) Val. Media Elaborazione Del Piano Entro 30 Giorni Dalla Scadenza Individuata Riconoscimento 70%; 3) Val. Ottima Elaborazione Del Piano Entro I Termini Indicati Riconoscimento 100%;	Verifica Avvenuta Trasmissione Alla Direzione Strategica Del Piano Assunzionale.	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Etc.)	1	U.O.S.V.D. Assunzioni-Mobilità-Concorsi/Personale Convenzionato/Strutture Accreditate	Elaborazione Del Documento Entro I 30 Gg Successivi Al Termine Fissato	Elaborazione Del Documento Entro I Termini Fissati	Elaborazione Del Documento Entro I Termini Fissati	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.1C	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Tempestività Nel Reclutamento	Avvio Delle Procedure Concorsuali Relativamente Ai Profili E Discipline Che Presentano Carenze Rispetto Al Piano Dei Fabbisogni	Invio Mensile Di Almeno Quattro Proposte Di Delibera Di Approvazione Di Bando Di Concorso Su Posti Vacanti.	1)Riconoscimento Di 10 Punti % Del Punteggio, Per Ogni Mese In Cui Saranno Stati Proposti Almeno 4 Bandi Di Concorso Fino Ad Un Massimo Del 100%;	Verifica Del Numero Di Bandi Di Concorso Inviati Con Proposta Di Deliberazione	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Etc.)	1	U.O.S.V.D. Assunzioni-Mobilità-Concorsi/Personale Convenzionato/Strutture Accreditate	> 80%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S.1F	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Rispetto Tempi Per La Sottoscrizione Dei Contratti Con Le Strutture	Proposta Delibera Determinazione Fondi Unici E Recepimento Contratti Con Strutture 15 Giorni Prima Della Scadenza Del Termine Previsto Dalla Normativa Di Riferimento.	Esistenza Proposta Di Delibazione	1)Val. Pessima Mancato Rispetto Termini Previsti 0%; 2) Val. Buona Rispetto Dei Termini Previsti Dalla Normativa Di Riferimento In Presenza Di Proposta Di Deliberazione Oltre I 15 Gg Precedenti La Scadenza Del Termine Riconoscimento 85% 3) Val. Ottima Proposta Nei 15 Giorni Precedenti La Scadenza Del Terminiriconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Proposta Di Deliberazione	La Struttura Dovrà Relazionare All'Ucg Indicando Per Tipologia (Specialistica, Case Di Cura Ecc.) Scadenza Prevista Dalla Normativa Per La Stipula Dei Contratti, Data Invio Proposta Di Delibera Certifica Nel Sistema Informativo;	1	U.O.S.V.D. Assunzioni-Mobilità-Concorsi/Personale Convenzionato/Strutture Accreditate	Adozione Della Delibera Nei Termini Previsti	Adozione Della Delibera Nei Termini Previsti	Adozione Della Delibera Nei Termini Previsti	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.2B	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Programmazione Cessazione Del Personale Per Tempestivo Avvio Procedure Di Reclutamento	Elaborazione Del Piano Delle Cessazioni/Pensionamenti Programmati.	Aggiornamento Del Piano Delle Cessazioni Entro Il 30 Settembre Dell'Anno Di Riferimento;	1)Val. Pessima Report Non Inviato Riconoscimento 0% ; 2) Val. Buona Report Inviato Oltre La Data Di Scadenza Prevista Purchè Comunque Entro 30 Giorni Dalla Scadenza Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima Report Inviato Entro Il Termine Di Scadenza Fissato Riconoscimento 100%;	Esistenza Del Documento Da Inviare Alla Uosvd Concorsi E Ucg;	La Struttura Dovrà Inviare Alla Uosvd Concorsi E All' Ucg A Mezzo Mail /Pec / Protocollo Il Documento Elaborato Nei Termini;	1	U.O.S.V.D. Gestione Personale Dipendente/Relazioni Sindacali	Invio Del Piano Nei Termini Previsti	Invio Del Piano Nei Termini Previsti	Invio Del Piano Nei Termini Previsti	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.3A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitoraggio Spesa Del Personale E Rispetto Vincoli Di Spesa	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	Invio Relazioni	1)Val. Pessima Assenza Di Relazione. Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona Invio Di Almeno 1 Relazioni. Riconoscimento 60% 3) Val. Ottima Invio Delle 2 Relazioni Riconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Relazione	Trasmissione All'Ucg E Alla Direzione Strategica Di 1 Relazioni A Mezzo Mail /Pec / Protocollo Entro Il 31/12/Anno Corrente.	1	S.Comp. - Direzione Area Gestione Personale	Invio Di Almeno 1 Relazione Annuale	Invio Delle 2 Relazioni Annuali	Invio Delle 2 Relazioni Annuali	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.3C	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Graduazione Delle Funzioni E Degli Incarichi A Seguito Di Adozione Nuovo Ccnl	Elaborazione Ed Invio Alla Direzione Strategica Entro Il 30/04 Di Una Nuova Bozza Di Regolamento Per La Graduazione Delle Funzioni , Tenuto Conto Delle Disposizioni Del Nuovi Ccnl Della Dirigenza	Invio Proposta	1)Val. Pessima Assenza Di Relazione. Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima Presenza Relazione Riconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Proposta	Trasmissione All'Ucg Della Relazione A Mezzo Mail /Pec / Protocollo	1	S.Comp. - Direzione Area Gestione Personale	Invio Del Documento In Direzione	N.A.	N.A.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.4A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento	Riduzione Dei Tempi Di Registrazione Delle Fatture	Registrazione Delle Fatture Entro 10 Giorni Dal Ricevimento	1)Val. Pessima < 50% Delle Fatture Registrate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Fra 50% E 70% Fatture Registrate Nei Tempi Fissati Riconosc 20%;3)Val. Media Fra 70% E 85% Fatture Registrate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 17 Giorni Riconosc 70% ;4)Val. Buona Fra 85% E 95% Fatture Registrate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 14 Giorni Riconosc 85% ;5)Val. Ottima > 95% Fatture Registrate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 12 Giorni Riconosc 100% ;;	Gg Registrazione = (Data Arrivo - Data Registrazione)	Elaborazione E Trasmissione All'Ucg Di Un Report Su Supporto Informatico Con Indicazione Delle Singole Fatture E Indicazione Della Data Di Arrivo E Data Di Registrazione	1	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	> 85%	> 90%	1	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S.4B	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento Delle Fatture	Pagamento Delle Fatture Entro 7 Giorni Dal Ricevimento Dell'Atto Di Liquidazione E Comunque Entro I Termini Di Legge	1)Val. Pessima < 50% Fatture Pagate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Fra 50% E 70% Fatture Pagate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;3)Val. Media Fra 70% E 85% Fatture Pagate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 8,5 Giorni Riconosc 60% ;4)Val. Buona Fra 85% E 95% Fatture Pagate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 8 Giorni Riconosc 85% ;5)Val. Ottima > 95% Fatture Pagate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 7,5 Giorni Riconosc 100% ;;	Gg Pagamento = (Data Liquidazione - Data Mandato)	Elaborazione E Trasmissione All'Ucg Di Un Report Trimestrale Su Supporto Informatico Con Indicazione Delle Singole Fatture E Indicazione Della Data Di Liquidazione E Data Di Pagamento	1	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	> 85%	> 90%	1	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.4C	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento	Monitoraggio Trimestrale Sulle Fatture Non Liquidate	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.	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 40 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%;	Invio Reportistica Ai Centri Liquidatori	Trasmissione All'Ucg Delle Mail Inviata Alle Strutture	1	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	Invio Dei Report Previsti Con Ritardo Annuale Complessivo Nun Superiore A 40 Gg.	Invio Dei Report Previsti Con Ritardo Annuale Complessivo Nun Superiore A 30 Gg.	Invio Dei Report Previsti Con Ritardo Annuale Complessivo Nun Superiore A 10 Gg.	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.6E	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Allineamento Fra Registro Cespiti E Contabilità Generale	Garantire La Tempestiva Alimentazione Del Registro Cespiti In Relazione Agli Incrementi Registrati Nella Contabilità Generale	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.	1)Val. Pessima < 92% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Scarsa Fra 92% E 93,99% Riconoscimento 30% Del Peso Previsto ; 3) Val. Media Fra 94% E 95,99% Riconoscimento 60% Del Peso Previsto 4) Val. Buona Fra 96% E 97,9% Riconoscimento 90% Del Peso Previsto; 5) Val. Ottima > 97,9% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Valore Economico Per Conto Co.Ge Presente Nel Registro Cespiti Al 31/12/Anno Precedente- Anno Corrente / Costo Storico Contabilità Generale Al 31/12/Anno Precedente-Anno Corrente	Invio Reportistica Di Raffronto Fra Dato Registro Cespiti (Stampa Da Sistema Informativo) E Dato Co.Ge Dichiarato Da Ragioneria	1	S.Comp. - Direzione Area Gestione Patrimonio	> 85%	> 90%	> 90%	Agref
S.6E1	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Allineamento Fra Registro Cespiti E Contabilità Generale	Garantire La Tempestiva Alimentazione Del Registro Cespiti In Relazione Agli Incrementi Registrati Nella Contabilità Generale	Elaborazione Entro Il 31/07 - 31/10 - 31/01 /Anno Successivo Di Un Report Di Quadratura Fra Registro Cespiti E Coge Rispettivamente Al 1 Semestre, 3 Trimestre, 4 Trimestre.	1)Val. Pessima < 75% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 4) Val. Buona Fra 75% E 85% Riconoscimento 90% Del Peso Previsto; 5) Val. Ottima > 85% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Valore Economico Per Conto Co.Ge Presente Nel Registro Cespiti / Costo Storico Contabilità Generale Al	Invio Reportistica Di Raffronto Fra Dato Registro Cespiti (Stampa Da Sistema Informativo) E Dato Co.Ge Dichiarato Da Ragioneria	1	S.Comp. - Direzione Area Gestione Patrimonio	> 85%	> 85%	> 90%	Agref

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
N1.41	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Attività Di Controllo Sulle Attività Di Ricovero	Porre In Essere I Controlli Nei Termini E Nel Rispetto Delle % Previste Dalla Normativa Di Riferimento (Dgr 90/Anno Precedente E S.M.I.) Sulle Strutture Esterne E Sulle Strutture Ospedaliere.	% Controlli Effettuati	1)Val. Pessima < 60% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Scarsa Fra 60% E 70% Riconoscimento 30% Del Peso Previsto ; 3) Val. Media Fra 70% E 90% Riconoscimento 50% Del Peso Previsto 4) Val. Buona Fra 90% E 100% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto; 5) Val. Ottima >= 100% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Controlli Effettuati / Controlli Da Effettuare	La Struttura Elaborerà E Trasmetterà All'Ucg Un Report Contenente Il Numero Di Procedure Da Controllare E Il Numero Di Procedure Controllate Allegando I Report Edotto Dai Quali Ricontrare Tali Informazioni. L'Uvarp, Si Dovrà Far Carico Dei Controlli Sulle Sdo Dei Nostri Ospedali.	1	U.O.S.V.D. U.V.A.R.P.	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S10.A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Attività Di Controllo Sulle Attività Di Ricovero	Verifiche Finalizzate Al Pagamento Delle Fatture Passive Relative Ai Ricoveri E Ad Altre Prestazioni Sanitarie In Tempi Utili Per Il Rispetto Dei Tempi Previsti Dalla Legge	Redazione Di Verbal Di Verifica Utili Alla Quantificazione Degli Importi Da Liquidare (Strutture Private Accreditate) Entro La Scadenza Fissata Dall'Azienda. Dal Verbale Dovrà Potersi Rilevare Importo Da Pagare Ed Importo Da Contestare.	1)Val. Pessima < 46% Delle Fatture Verificate Entro Il Termine Fissato Dall'Azienda Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 3) Val. Media Fra 46 % Al 89% Delle Fatture Verificate Entro Il Termine Fissato Dall'Azienda Riconoscimento In Proporzione Alla % Raggiunta; 5) Val. Ottima >= 89,9% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Data Verbale <= Data Scadenza Termine Per Effettuare La Liquidazione	La Struttura Elaborerà E Trasmetterà All'Ucg Un Report Contenente Le Singole Fatture Oggetto Di Verifica, Avendo Cura Di Indicare Per Ciascuna Fattura Data Prevista Di Scadenza Del Termine Per Effettuare La Verifica E Il Protocollo (Numero E Data) Di Trasmissione Delle Risultanze Delle Verifiche Alla Struttura Preposta Alla Liquidazione, Indicando Per Ciascuna Fattura Il Rispetto O Meno Del Termine Stabilito Dall'Azienda;	1	U.O.S.V.D. U.V.A.R.P.	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S11.A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Riduzione Costo Conferimento Incarichi	Riduzione Del Ricorso Ad Incarichi Esterni. Contenimento Della Spesa Per La Costituzione Di Nuovi Giudizi.	Numero Incarichi Esterni/Numero Costituzioni Totali (Al Netto Di Magistrature Superiori, Ipotesi Di Incompatibilità)	1)Val. Pessima % Anno N >= % Anno N-1 Precedente Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Scarsa Riduzione Della % Dell'Anno N-1 Dallo 0 Al 20% Riconoscimento 40 ;3) Val. Media Riduzione Della % Dell'Anno N-1 Dallo 21% Al 30% Riconoscimento 70 4) Val. Buona Riduzione Della % Dell'Anno N-1 Dallo 31% Al 50% Riconoscimento 90 5) Val. Ottima Riduzione Della % Dell'Anno N-1 Superiore Al 50% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Incarichi Esterni/Numero Costituzioni Totali (Al Netto Di Magistrature Superiori, Ipotesi Di Incompatibilità)	La Struttura Elaborerà E Trasmetterà All'Ucg Un Report Contenente Tutti I Giudizi Attivati Nel Corso Dell'Anno Corrente Con Indicazione Della Tipologia (Es. Appalti - Malpractice - Randagismo Etc.) Indicando Per Ciascuno Una Delle Seguenti Opzioni (1) Affidato Esterno, 2) Affidato Esterno Magistrature Superiori, Ipotesi Di Incompatibilità, 3) Costituzione Diretta; Al Fine Della Verifica Del Risultato La Struttura Elaborerà Un Report Analogo Per L'Anno Precedente.	1	U.O.S.V.D. Burocratico - Legale	Riduzione Incarichi Esterni Non Inferiore Al 35% Dell'Anno Iniziale Di Riferimento	Riduzione Incarichi Esterni Non Inferiore Al 45% Dell'Anno Iniziale Di Riferimento	Riduzione Incarichi Esterni Non Inferiore Al 50% Dell'Anno Iniziale Di Riferimento	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S11.D	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Miglioramento Delle Strategie Difensive Finalizzate A Ridurre Le Soccombenze In Giudizio	Valutazione Sull'Opportunità Di Resistere In Giudizio Solo Nei Casi In Cui Si Dispone Di Adeguata Documentazione A Supporto Delle Tesi Aziendali.	% Di Giudizi Sfavorevoli	1)Val. Pessima % Giudizi Sfavorevoli Anno Corrente > % Giudizi Sfavorevoli Anno Precedente Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media % Giudizi Sfavorevoli Anno Corrente Compresa Fra L'80% E Il 100% Della % Giudizi Sfavorevoli Anno Precedente Riconoscimento 60 3) Val. Buona % Giudizi Sfavorevoli Anno Corrente Compresa Fra L'60% E L' 80% Della % Giudizi Sfavorevoli Anno Precedente Riconoscimento 90 3) Val. Ottima % Giudizi Sfavorevoli Anno Corrente < L'60% Della % Giudizi Sfavorevoli Anno Precedente. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Di Giudizi Sfavorevoli / % Di Giudizi Conclusi Nel Corso Dell'Anno	La Struttura Elaborerà Una Reportistica Di Sintesi Anno Precedente E Anno Corrente Contenente I Giudizi Conclusi Nel Corso Dell'Anno Con Separata Evidenza Della Tipologia Di Contenzioso (Lavoro / Appalti / Malpractice Etc.) L'Eventuale Affidamento Esterno, Gli Esiti Del Giudizio Con Separata Evidenza Fra Esisti (Favorevole / Sfavorevole) Su Incarichi Gestiti Direttamente E Esiti Su Incarichi Affidati.	1	U.O.S.V.D. Burocratico - Legale	Riduzione Giudizi Sfavorevoli Superiore Al 35% Dell'Anno Iniziale Di Riferimento	Riduzione Giudizi Sfavorevoli Superiore Al 40% Dell'Anno Iniziale Di Riferimento	Riduzione Giudizi Sfavorevoli Superiore Al 45% Dell'Anno Iniziale Di Riferimento	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S13.A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Miglioramento Dell'Aggiornamento Professionale Del Personale Dipendente	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.	Alimentazione Del Sistema Informativo	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	La Struttura Dovrà Trasmettere Alla Direzione Strategica Entro Il 31/12 Di Ciascun Anno, Una Relazione Con Indicazione Dei Corsi Effettuati E Per Ciascuno Del Numero Dei Dipendenti Che Vi Hanno Partecipato Oltre Ad Un Report Con Indicazione Per Ciascun Dipendente Del Numero Di Corsi Frequentati Nel Corso Dell'Anno.	1	U.O.S.V.D. Formazione E Polo Universitario	Invio Entro Il 31/12 Dei Report/Relazioni Alla Direzione Strategica	Invio Entro Il 31/12 Dei Report/Relazioni Alla Direzione Strategica	Invio Entro Il 31/12 Dei Report/Relazioni Alla Direzione Strategica	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S13.B	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Elaborazione Del Piano Di Formazione Annuale	Definizione Del Piano Di Formazione Annuale	Predisposizione E Trasmissione Alla Direzione Del Paf 2022 Entro Il 30/11/2021	1)Val. Pessima Nessun Piano Predisposto Riconoscimento 0%; 2) Val. Media Predisposizione Del Piano Entro 30 Giorni Dalla Scadenza Definita Riconoscimento 50%; 3) Valutazione Ottima Predisposizione Del Piano Entro Il Termine Previsto Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Verifica Invio Proposta Di Delibera Per Approvazione Del Paf	La Struttura Dovrà Comunicare All'Ucg La Proposta Di Delibera Indicando I Riferimenti Di Trasmissione Alla Direzione Strategica	1	U.O.S.V.D. Formazione E Polo Universitario	Predisposizione Paf 2022	Predisposizione Paf 2023	Predisposizione Paf 2024	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S14.A	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitorare Il Controllo Sanitario Del Personale Dipendente	Alimentazione Di Un Sistema Informativo Finalizzato A Monitorare Le Visite Di Idoneità Di Ciascun Dipendente.	Alimentazione Del Sistema Informativo	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 3) Val. Ottima, Report Elaborato Con Indicazione Per Ciascun Dipendente Della Data Di Effettuazione Della Visita Di Idoneità'	Alimentazione Del Sistema Informativo	La Struttura Dovrà Fornire Ai Fini Della Verifica Del Raggiungimento Del Budget, Un Report Su File Excel O Access Con Indicazione Per Ciascun Dipendente Della Data Di Effettuazione Della Visita Di Controllo E La Data Programmata Per Il Controllo Successivo.	1	U.O.S.V.D. Sicurezza E Sorveglianza Sanitaria	Trasmissione Database Dipendenti / Visite	Trasmissione Database Dipendenti / Visite	Trasmissione Database Dipendenti / Visite	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S14.B	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Sottoporre A Visita Medica Entro Il 30/09/Anno Corrente Tutto Il Personale Dipendente A Cui Risulta Scaduto Il Controllo Alla Data Del 31/12/Anno Precedente;	Sottoporre A Visita Il Personale Privo Di Certificato Di Idoneità In Corso Di Validità	% Dipendenti Sottoposti A Visita	1)Val. Pessima % Inferiore Del 45% Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona % Fra 45% E 89% Riconoscimento Proporzionale 3) Val. Ottima % > 89% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Dipendenti Sottoposti A Visita / Dipendenti Con Certificato Scaduto Al 31/12/Anno Precedente	La Struttura Dovrà Fornire All'Ucg Un Report Con Tutti I Dipendenti In Servizio Al 31/12/Anno Precedente Privi In Tale Data Di Certificato Di Idoneità In Corso Di Validità Indicando Per Ciascuno La Data Di Avvenuto Controllo (Obiettivo Da Effettuarsi Entro Il 30/9) Ovvero Le Motivazioni Del Mancato Controllo (Es. Assente In Malattia, Rifiuto A Sottoposti A Visita Ecc.)	1	U.O.S.V.D. Sicurezza E Sorveglianza Sanitaria	> 65%	> 75%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S14.C	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Garantire Alla Data Del 31/12/Anno Corrente Che Tutto Il Personale Dipendente Abbia Un Certificato Di Idoneità Non Scaduto	Sottoporre A Visita Il Personale Senza Visita O Con Visita Scaduta	% Dipendenti Sottoposti Con Certificato In Corso Di Validità	1)Val. Pessima % Inferiore Del 75% Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona % Fra 75% E 90% Riconoscimento Proporzionale 3) Val. Ottima % > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Dipendenti Con Certificato Valido / Dipendenti In Servizio.	La Struttura Dovrà Fornire All'Ucg Un Report Con Tutti I Dipendenti In Servizio Al 31/12/Anno Corrente Indicando Per Ciascuno La Data Di Scadenza Del Certificato Di Idoneità	1	U.O.S.V.D. Sicurezza E Sorveglianza Sanitaria	> 85%	> 90%	> 90%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
S14.D	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitoraggio Limitazioni Personale Dipendente	Alimentazione Di Un Sistema Informativo Finalizzato A Monitorare Le Limitazioni Riconosciute A Ciascun Dipendente.	Alimentazione Del Sistema Informativo	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 3) Val. Ottima, Report Elaborato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Alimentazione Del Sistema Informativo	La Struttura Dovrà Fornire All'Ucg Un Report Indicando Per Ciascun Dipendente L'Eventuale Giudizio Di Limitazione E La Data Di Validità Del Giudizio Ovvero La Data Prevista Per La Revisione.	1	U.O.S.V.D. Sicurezza E Sorveglianza Sanitaria	Trasmission Database Dipendenti / Limitazioni	Trasmission Database Dipendenti / Limitazioni	Trasmission Database Dipendenti / Limitazioni	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
Q.12	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Attività Di Controllo Sulle Attività Di Ricovero	Verifiche Finalizzate Al Pagamento Delle Fatture Passive Relative Alle Prestazioni Erogate Dalle Strutture Private Accreditate Di Fkt, Patologia Clinica, Dialisi E Radiodiagnostica In Tempi Utili Per Il Rispetto Dei Tempi Previsti Dalla Legge	Verifica Di Un Campione Delle Prescrizioni / Prestazioni Erogate Pari Al 5% O Alla Maggiore % Che Sarà Comunicata Dalla Direzione Strategica In Relazione Anche Al Personale Assegnato.	1)Val. Pessima < 5% E / O % Indicata Dalla Direzione Strategica Per Fkt / Radiodiagnostica / Patologia Clinica O < Del 90% Sulle Prestazioni Di Dialisi Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima > 5% E / O % Indicata Dalla Direzione Strategica Per Fkt / Radiodiagnostica / Patologia Clinica O > 90% Dialisi. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Redazione Del Verbale Di Verifica Per Singola Struttura Verificata Dal Quale Emergano Numero Di Prestazioni Controllate Su Prestazioni Erogate Nel Rispetto Delle Tempistiche Stabilite Dalla Dgr 90/Anno Precedente E S.M.I.	La Struttura Fornirà Un Report Con Indicazione Per Ciascuna Struttura Controllata Delle Seguenti Informazioni (Branca / Struttura Controllata / Mese Di Competenza / Prestazioni Erogate / Prestazioni Controllate / Data Verbale Accesso Controllo)	1	U.O.S.V.D. U.V.A.R.P.	%>=5%	%>=7%	%>=10%	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
N1.60	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Istituzione Di Un Cruscotto Che Aggiorni Il Fabbisogno Di Personale In Relazione Alle Mutate Esigenze (Organizzative E / O Normative) Proponendo Alla Direzione Strategica Soluzioni Da Adottare	Su Segnalazione Della Direzione Strategica Di Nuove Esigenze Di Personale Proposta Di Un Piano Di Rimodulazione Del Fabbisogno Con Soluzioni Di Tipo Riorganizzativo E/O Assunzionale	Proposta Di Un Piano Di Riorganizzazione E/O Assunzione Correlato A Sopraggiunte Esigenze (Normative E / O Organizzative)	1)Val. Pessima Assenza Del Piano In Presenza Di Esigenze Intervenute Riconosc 0% ; 2)Val. Ottima Elaborazione Del Piano Riconosc 100% .	Verifica Esistenza Del Piano	Invio Alla Direzione Strategica Del Piano	1	S.Comp. - Direzione Area Gestione Personale	Invio Del Piano	Invio Del Piano	Invio Del Piano	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M4.2	7	Sanità Digitale	Monitoraggio Prestazioni Interne	Implementazione Di Un Sistema Per La Rilevazione Delle Consulenze/Prestazioni Interne Differenti Da Quelle Già Oggetto Di Rilevazione Con Sistema Edotto E/O Ris Pacs Ecc	Attivazione Di Un Sistema Per La Rilevazione Delle Consulenze Interne Fra Reparti Che Consenta Di Quantificare Le Attività Di Consulenza Effettuate Verso Pazienti/Assistiti Ricoverati In Altre U.O.	Attivazione Entro Luglio Con Relativa Formazione Del Personale (Obiettivo Raggiunto: 100%); Entro Settembre (Obiettivo Parzialmente Raggiunto: 70%); Entro Dicembre (Obiettivo Parziale Raggiunto: 40%); Oltre Dicembre O Non Attivata (Obiettivo Non Raggiunto)	Attivazione Piattaforma/Sistema Informativo Integrato Aziendale Per La Rilevazione Delle Prestazioni Specialistiche E Formazione Del Personale Per Il Suo Utilizzo E/O Alimentazione	Riscontro Effettiva Attivazione Del Sistema Informativo/Piattaforma Dedicata	1	U.O.S.V.D. Costruzioni /Ristrutturazioni/ Manutenzioni	Implementazione Sistema Di Monitoraggio Consulenze	Manutenzione Annuale	Manutenzione Annuale	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
M23	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vinculante	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Formazione Anche A Distanza, Del Personale Dipendente In Materia Di Prevenzione Della Corruzione E Trasparenza Nel Rispetto Delle % Di Seguito Indicate Anno 2021 25% Di Tutto Il Personale - Anno 2022 35% Di Tutto Il Personale - Anno 2023 40% Di Tutto Il Personale)	Personale Invitato Ai Corsi	1)Val. Pessima Unità Formate < Del 30% Delle Unità' Da Formare. Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Unità Formate Fra Il 30% E Il 50% Delle Unità' Da Formare. Riconosc 30%; 3)Val. Sufficiente Unità Formate Fra Il 50% E Il 70% Delle Unità' Da Formare. Riconosc 50%; 4)Val. Buona Fra Il 70% E Il 99 % Delle Unità' Da Formare. Riconosc Pari A % Formata; 5)Val. Ottima > Del 99 % Delle Unità' Da Formare. Riconosc Pari Al 100 %;	Personale Invitato Ai Corsi / Personale Dipendente In Servizio Al 31/12 Anno Prec	Per Attestate Il Raggiungimento Dell'Obiettivo, La Struttura Dovrà Fornire Su File Excel L'Elenco Nominativo Del Personale Invitato Alla Partecipazione Ai Corsi Indicando Per Ciascun Dipendente L'Effettiva Partecipazione E La Data Della Sessione Formativa	1	U.O.S.V.D. Formazione E Polo Universitario	Formazione Di Almeno Il 25% Del Personale Avente Diritto	Formazione Di Almeno Il 60% Del Personale Avente Diritto	Formazione Del 100% Del Personale Avente Diritto	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M24	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vinculante	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Nota Dg 4366/2021 . Controlli Su Atti Deliberativi (Anno 2021 7% - Anno 2022 8% - Anno 2023 9%), Controlli Su Determine Dirigenziali (Anno 2021 7% - Anno 2022 8% - Anno 2023 9%) Controlli Su Aggiudicazione Gare (Anno 2021 7% - Anno 2022 8% - Anno 2023 9%); Controlli Su Concorsi (Anno 2021 7% - Anno 2022 8% - Anno 2023 9%); Controlli Su Avvisi Pubblici (Anno 2021 7% - Anno 2022 8% - Anno 2023 9%).	Numero Controlli Effettuati	1)Val. Pessima Unità Formate < Del 60% Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Fra Il 60% E Il 70% Riconosc 30%; 3)Val. Sufficiente Unità 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 %;	Atti Controllati / Atti Da Controllare	Per Attestate Il Raggiungimento Dell'Obiettivo, La Struttura Dovrà Fornire Su File Excel, Per Ciascuna Tipologia Di Controllo, L'Elenco Degli Atti Deliberativi Controllati E L'Elenco Degli Atti Deliberativi Adottati Nell'Anno	1	U.O.S.V.D. Burocratico - Legale	100% Dei Controlli Richiesti	100% Dei Controlli Richiesti	100% Dei Controlli Richiesti	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M25	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vinculante	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Nota Dg 4366/2021 . Controlli Su Disciplina Conflitto Interessi E Controlli Specifici Richiesti Dall'Rpct	Numero Controlli Effettuati	1)Val. Pessima % Attestata Dall'Rpct < Del 30% Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa % Attestata Dall'Rpct Fra Il 30% E Il 50% Riconosc 30%; 3)Val. Sufficiente % Attestata Dall'Rpct Fra Il 50% E Il 70% Riconosc 50%; 4)Val. Buona % Attestata Dall'Rpct Fra Il 70% E Il 99 % Riconosc. Pari A % Riconosciuta; 5)Val. Ottima % Attestata Dall'Rpct >= 100% Riconosc 100 %;	Numero Di Controlli Effettuati / Numero Controlli Da Effettuare	L'Rpct Aziendali Attestata A Fine Anno La % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo Sulla Scorta Dei Controlli Effettivamente Richiesti Ed Effettuati	1	S.Comp. - Direzione Area Gestione Personale	100% Dei Controlli Richiesti	100% Dei Controlli Richiesti	100% Dei Controlli Richiesti	Rpct
M29	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Predisposizione E Invio Entro 20 Gg Dal Ricevimento Della Documentazione Richiesta Della Relazione Medico Legale Propedeutica Alla Discussione In Cvs	Invio Della Perizia Al Coordinamento Cvs	1)Val. Pessima Somma Gg. Complessivi Stesura E Invio Relazione Medico Legale / Numero Perizie Medico Legale > 30 Gg Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Somma Gg. Complessivi Stesura E Invio Relazione Medico Legale / Numero Perizie Medico Legale Compresa Fra 25 E 30 Gg Riconosc 30%; 3)Val. Sufficiente Gg. Complessivi Stesura E Invio Relazione Medico Legale / Numero Perizie Medico Legale Compresa Fra 21 E 25 Gg Riconosc 60%; 4)Val. Buona Gg. Complessivi Stesura E Invio Relazione Medico Legale / Numero Perizie Medico Legale Compresa < 21 Gg Riconosc 75%; 5)Val. Ottima Se Ogni Perizia E' Inviata Entro Il Termine Di 20 Gg Riconosc 100%	Gg. Complessivi Riscontri / Numero Perizie	L'Ucg Sulla Scorta Del Report Predisposto Dal Coordinamento Cvs Procederà A Calcolare Per Ciascuna Struttura I Tempi Medi Di Riscontro	1	U.O.S.V.D. Medicina Legale	< 25 Gg	<= 20 Gg	Tutti I Casi Entro 20 Gg	Ucg

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (VALUTATORE)
M31	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Monitoraggio Tempi Di Completamento Delle Fasi Endoprocedimentali Alla Definizione Di Ciascun Caso, Avendo Cura Di Alimentare Un Database Che Registri 1) Protocollo Richiesta Riscaldamento 2) Data Protocollo Richiesta 3) Data Richiesta Documentazione Alla Struttura Competente 4) Data Invio Della Documentazione Da Parte Della Struttura Competente Alla Uosvd Medicina Legale 5) Data Di Invio Della Perizia Medico Legale Al Coordinamento Cvs 6) Data Di Invio Alla Direzione Del Verbale Di Chiusura Del Cvs	Alimentazione Del Database	1)Val. Pessima Mancato Invio Del Db Riconosc 0% ; 5)Val. Ottima Invio Del Db Entro 15 Gg Dalla Chiusura Dell'Anno Di Riferimento. Riconosc 100%	Verifica Corretta Alimentazione Db	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire All'Ucg Copia Del Db Dal Quale Rilevare Le Date Di Completamento Delle Attività	1	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	Compilazione Db E Invio Nei Termini Indicati	Compilazione Db E Invio Nei Termini Indicati	Compilazione Db E Invio Nei Termini Indicati	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
M32	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vinculante	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Nota Dg 4366/2021 . Predisposizione E Invio All' Rptc Con Periodicità 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 File Excel	1)Val. Ottima 12 Invi Di File Excel Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 15 Gg. Riconoscimento 100%; 2) Val. Sufficiente Invio Non Inferiore A 10 File Con Un Ritardo Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 60%; 3) Valutz. Scarsa. Invio Inferiore A 10 File E/O Invio Con Ritardi Complessivi Superiori A 30 Gg. Riconoscimento 0%	Verifica Esistenza Invio Mensile File	L'Rptc Aziendali Attestera' A Fine Anno Le Date Di Ricevimento Effettivo Del File Per Ciascuna Mensilità	1	U.O.S.V.D. Affari Generali	Invio Di Almento 8 File In Corso D'Anno	Invio Dei 12 File Mensili	Invio Dei 12 File Mensili	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T23	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Ospedale- Territorio Senza Dolore	Incontri Di Formazione Con Medici Ed Infermieri	Programmazione Degli Incontri Formativi	Almeno Tre Incontri All'Anno	100% Se Effettuati Almeno 3 Incontri; 0% Se < 3 Incontri	Verbal E Programma Degli Incontri	1	U.O.S.V.D. Terapia Del Dolore	Almeno 3 Incontri Annui	Almeno 3 Incontri Annui	Almeno 3 Incontri Annui	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T40	7	Capacità Di Governo Della Domanda Sanitaria	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Garantire Entro 72 Ore Gli Accessi Diretti Per Prestazioni Di Pazienti In Follow-Up Per Lista Trapianti	Erogazione Delle Prestazioni Richieste Dai Colleghi Della Nefrologia (Doppler Vascolare Aorto-Iliaco, Doppler Tsa, Doppler Arterioso E Venoso Arti Inferiori) Entro 3 Giorni Dalla Compilazione Della Richiesta	100% Se <= 24 Ore; 50% Se Compreso Tra 48- 72 Ore; 0% Se > 72 Ore;	N. Di Richieste Evase Entro 72 Ore Dalla Compilazione	Relazione Del Direttore Della U.O.S.V.D. Che Fornirà Un Elenco Su File Excel Delle Prestazioni Richieste Con Data Richiesta E Data Esecuzione Prestazione.	1	U.O.S.V.D. Riabilitazione Cardiologica Canosa	Entro 72 Ore	Entro 48 Ore	Entro 24 Ore	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
T43	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Organizzazione E Realizzazione Di Tre Corsi Di Idoneità Per I Medici Del 118	Individuazione Corsisti Incarichi Docenti	Pubblicazione Degli Atti	1) Valutazione Insufficiente. 0 Corsi Conclusi Nell'Anno Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. 2 Corsi Conclusi Nell'Anno Riconoscimento 75%. 3) Valutazione Ottima. 3 Corsi Conclusi Nell'Anno Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovrà Fornire Attestazione Del Responsabile 118 Circa L'Avvenuta Conclusione Dei Corsi, Indicando Atti Aziendali Di Riferimento.	1	U.O.S.V.D. Formazione E Polo Universitario	Organizzazione Dei Corsi Previsti	Organizzazione Dei Corsi Previsti	Organizzazione Dei Corsi Previsti	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo

Performance Organizzativa
Obiettivi E Risultati Attesi 2021-2023

Codice Obiettivo	CO D. ARE A STR	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Numero Strutture Assegnatarie dell'Obiettivo	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2021 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	SOGGETTO PREPOSTO A RENDICONTARE E IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO (VALUTATORE)
T44	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Organizzazione E Realizzazione Di Due Corsi Di Idoneita' Per I Soccorritori	Individuazione Corsisti Incarichi Docenti	Pubblicazione Degli Atti	1) Valutazione Insufficiente. 0 Corsi Conclusi Nell'Anno Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. 1 Corso Conclusi Nell'Anno Riconoscimento 55%. 3) Valutazione Ottima. 2 Corsi Conclusi Nell'Anno Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Del Responsabile 118 Circa L'Avvenuta Conclusione Dei Corsi, Indicando Atti Aziendali Di Riferimento.	1	U.O.S.V.D. Formazione E Polo Universitario	Organizzazione Dei Corsi Previsti	Organizzazione Dei Corsi Previsti	Organizzazione Dei Corsi Previsti	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo
S.1G	7	Aspetti Economico Finanziari Ed Efficienza Operativa	Monitoraggio Competenze Medici Convenzionati	Predisposizione Di Un Verbale Semestrale, Previo Invio Di Almeno 1 Richiesta In Ciascun Semestre. A Tutti Gli Uffici Periferici Preposti All'Inserimento E/O Comunicazione All'Ufficio Convenzioni Degli Elementi Per Il Calcolo Delle Competenze Accessorie Indicando Le Voci Stipendiali Da Verificare (Es. Gettoni - Adi Ecc) Selezionate A Campione Sulle Mensilità Dell'Anno Corrente E Finalizzate A Verificare La Corretta Tenuta Della Documentazione Giustificativa (Es. Verifica Per L'Adi Del Calendario Con Le Visite Effettuate Per Assistito Ecc). Il Controllo Dovra' Prevedere Richieste Di Giustificativi Riferiti A Tutti I Medici Oggetto Di Pagamento Di Competenze Suddividendo Le Richieste Nei Due Semestri (Es. Verificare Il 50% Dei Medici Nel Primo Semestre E Il Restante 50% Nel Secondo Semestre). Il Verbale Relativo A Ciascun Semestre Dovra' Essere Compilato Rispettivamente Entro Il 30/6 E 31/12, Avendo Cura Di Inviare Le Richieste Rispettivamente Entro Il 31/3 E 30/9.	Verbale Attestante Gli Esiti Delle Verifiche Effettuate	1)Val. Pessima Mancato Invio Dei Verbali. Riconoscimento 0%; 2) Val. Media Invio Nei Termini Previsti Di Almeno Uno Dei Due Verbali Riconoscimento 60%; 3) Val. Buona Invio Di Entrambi I Verbali Oltre I Termini Indicati Riconoscimento 85%; 4) Val. Ottima Invio Di Entrambi I Verbali Entro I Termini Previsti Riconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Verbali	Trasmissione All'Ucg Rispettivamente Entro Il 30/6 E 31/12 Dei Verbali Attestanti I Controlli Effettuati. L'Obiettivo Si Intende Raggiunto Anche In Assenza Di Riscontro Dalle Strutture Purchè Sollecitato E Segnalato Per Competenza Alla Direzione Strategica.	1	U.O.S.V.D. Assunzioni-Mobilità-Concorsi/Personale Convenzionato/Strutture Accreditate	Invio Dei 2 Verbali	Invio Dei 2 Verbali	Invio Dei 2 Verbali	Struttura Assegnataria Dell'Obiettivo