

PIANO DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017

Indice

- 1) Presentazione del Piano
- 2) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni
 - 2.1 Chi siamo
 - 2.2 Cosa facciamo
 - 2.3 Come operiamo
- 3) Identità
 - 3.1 l'Amministrazione "in cifre"
 - 3.2 Mandato istituzionale e Missione
 - 3.3 Albero delle performance
- 4) Analisi del contesto
 - 4.1 Analisi del contesto esterno
 - 4.2 Analisi del contesto interno
- 5) Obiettivi strategici
- 6) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi
 - 6.1 Obiettivi delle Unità Operative ed obiettivi assegnati al personale dirigenziale
- 7) Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance
 - 7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano
 - 7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
 - 7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

1) Presentazione del Piano

Il Piano delle performance è un documento che ha proiezione triennale e che, come prevede la norma viene adottato, “... *in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori*”.

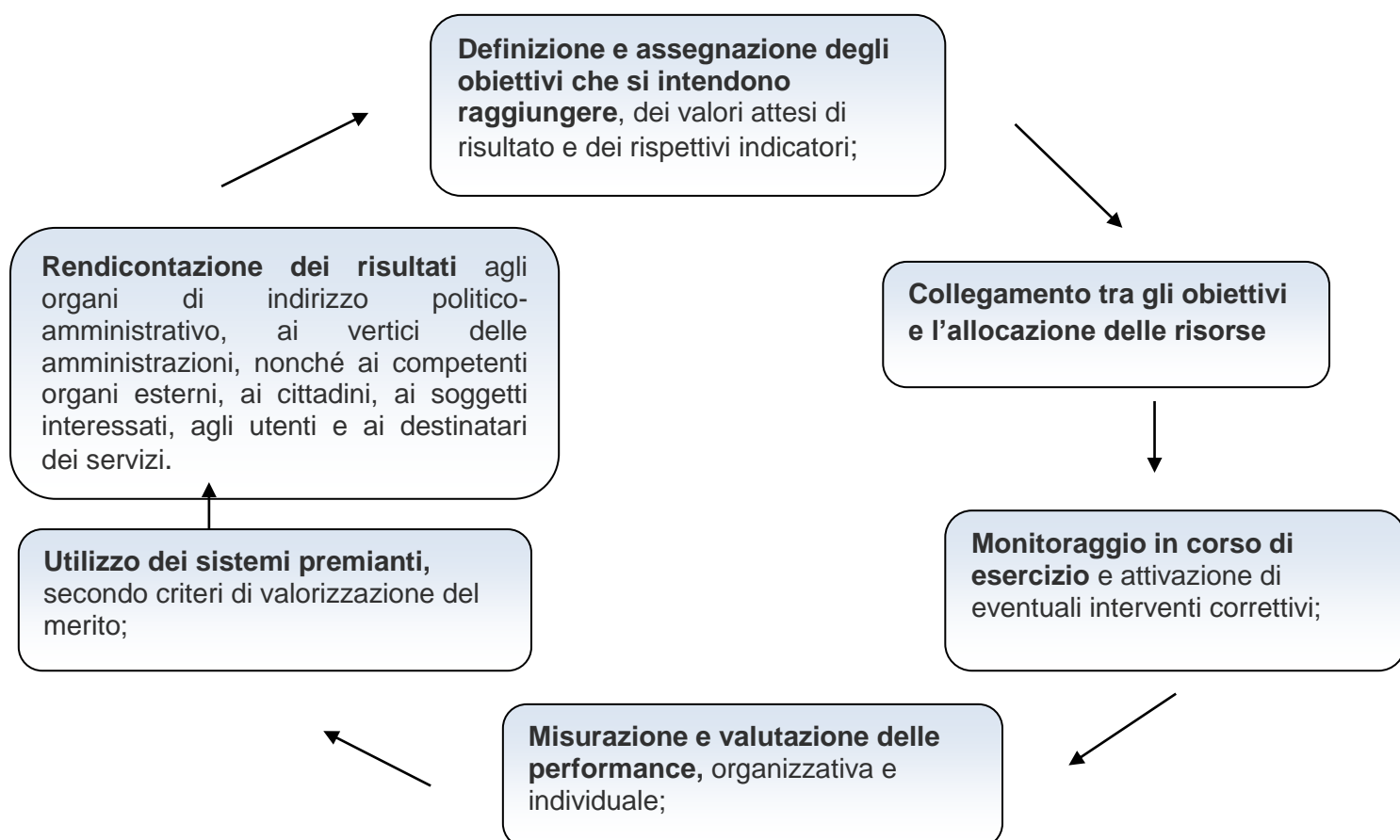
Il presente Piano viene adottato in coerenza ai principi fissati dal D.Lgs. n.150/2009 “*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*”, che prevede l'adozione di un documento programmatico triennale denominato Piano della Performance che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il Piano delle performance ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce si è prefissata per il triennio 2015-2017 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

2) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

La misurazione e la valutazione delle performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'ASL di Lecce, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati raggiunti dai singoli dipendenti e dalle unità organizzative.

L'Azienda è tenuta a misurare ed a valutare le performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità, ai singoli dipendenti, mediante la gestione del “ciclo delle performance” articolato nelle seguenti fasi:



2.1 Chi siamo

Le Aziende Sanitarie Locali sono dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

La ASL LECCE nasce dall'accorpamento delle ex AUSL LE/1 di Lecce e LE/2 di Maglie, avvenuto nel 2007 in attuazione del Regolamento Regionale n. 9 del 30 marzo 2007, ed ha competenza territoriale sull'intera provincia di Lecce. Il suo territorio è di circa 2.800 Km² su cui insiste una popolazione di 807.256 abitanti residenti (dati Istat 2014) cui vanno aggiunte le migliaia di presenze esterne dei periodi estivi.

L'Azienda si articola in Distretti socio-sanitari, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti territoriali, Aree e Servizi Centrali.

La sede legale è in Via Antonio Miglietta 5 - Lecce
Il sito internet istituzionale è www.asl.lecce.it

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda sanitaria Lecce persegue la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi ed attività compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

I LEA sono ricompresi in tre grandi aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, cui afferiscono tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli
- l'assistenza distrettuale, che comprende le prestazioni di medicina di base e farmaceutica, l'assistenza specialistica, l'assistenza territoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, l'integrazione sociosanitaria.
- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e riabilitazione.

2.3 Come operiamo

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti avviene nel rispetto dei principi di comportamento ispirati da fondamentali Principi e valori che possiamo riassumere come segue:

- EGUAGLIANZA: ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- PARTECIPAZIONE: l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- RISPETTO della dignità umana;
- EQUITÀ e imparzialità vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- CENTRALITÀ DELLA PERSONA: il cittadino è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico;
- UMANIZZAZIONE: le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico.
- DIRITTO DI SCELTA: il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare, ovunque sul territorio nazionale ed europeo, nei limiti previsti dalla normativa;

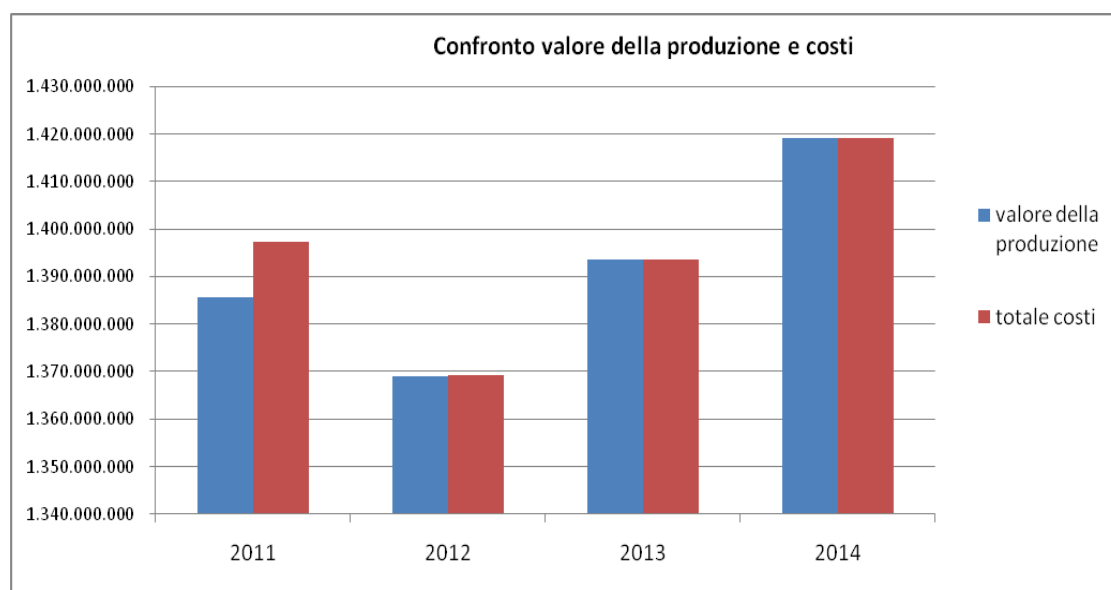
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA SANITARIA:** i servizi sanitari pubblici devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido ed un'economicità nell'impiego delle risorse;
- **CONTINUITA':** Il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo regolare e continuo;
- **TRASPARENZA:** i cittadini e le associazioni di rappresentanza hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane come impegno ad utilizzare in maniera ottimale il bene pubblico;
- **APPROPRIATEZZA:** intesa come insieme di strumenti, di tempi , di azioni agite da professionisti competenti, supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute, capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi scelti come priorità dall'azienda;
- **SICUREZZA DEI PRODOTTI, PROCESSI E AMBIENTI DI LAVORO,** intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi

3) Identità

3.1 l'Amministrazione "in cifre"

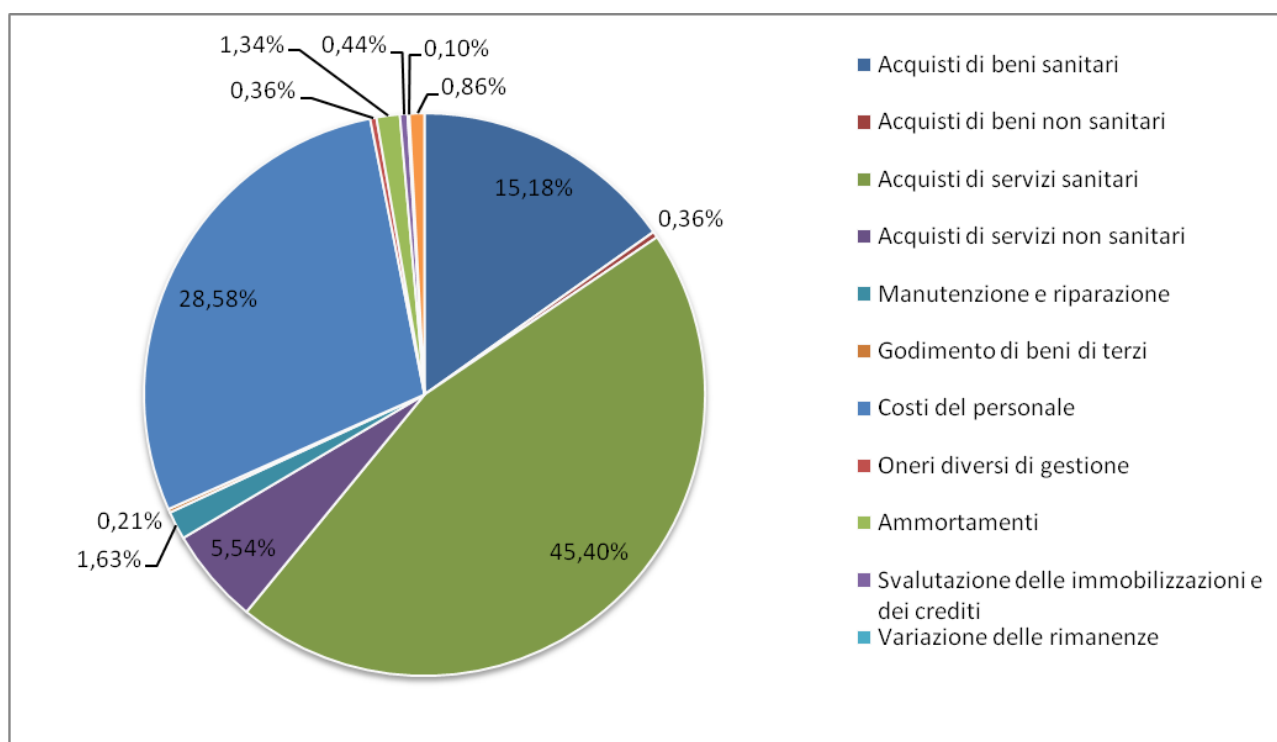
Quadro economico-finanziario:

voci di riferimento	2011	2012	2013	2014
valore della produzione	1.385.634.668,80	1.369.132.838,71	1.393.651.157,74	1.419.235.945,96
costi della produzione	1.364.658.236,79	1.337.862.870,34	1.364.260.563,15	1.391.705.394,93
altre voci di bilancio	32.787.135,18	31.460.066,86	29.364.819,96	27.519.136,92
totale costi	1.397.445.371,97	1.369.322.937,20	1.393.625.383,11	1.419.224.531,85
risultato d'esercizio	- 11.810.703,17	- 190.098,49	25.774,63	11.414,11



Composizione per macro-aggregati dei costi di produzione -anno 2014

macro aggregati costi bilancio	valore	inc.% su tot.costi
Acquisti di beni sanitari	211.210.312,38	15,18%
Acquisti di beni non sanitari	4.950.129,94	0,36%
Acquisti di servizi sanitari	631.838.318,62	45,40%
Acquisti di servizi non sanitari	77.105.130,03	5,54%
Manutenzione e riparazione	22.651.954,53	1,63%
Godimento di beni di terzi	2.972.598,88	0,21%
Costi del personale	397.737.687,13	28,58%
Oneri diversi di gestione	5.079.067,48	0,36%
Ammortamenti	18.611.969,00	1,34%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	6.153.551,40	0,44%
Variazione delle rimanenze	1.397.653,75	0,10%
Accantonamenti	11.997.021,79	0,86%
totale costi della produzione	1.391.705.394,93	100,00%



Costi per Servizi Extra-struttura

Sono i costi per prestazioni e servizi erogati per la ASL di Lecce da strutture pubbliche e private accreditate e da professionisti convenzionati con il SSN

Andamento 2007-2013

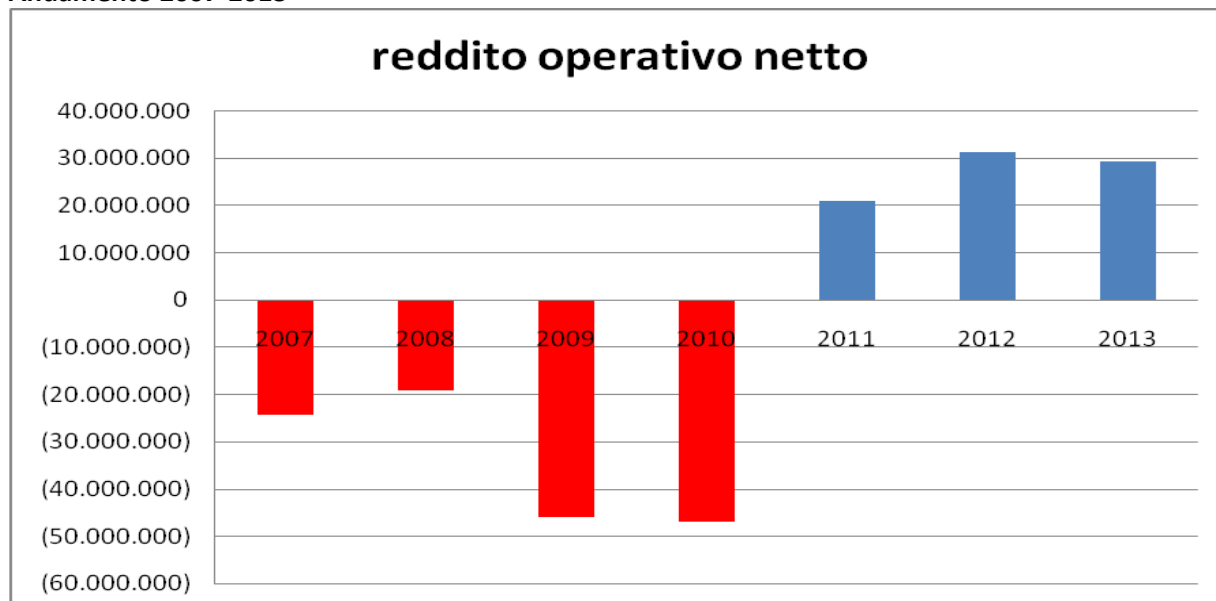
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Costi per Serv.Extra-struttura	593.890.371	620.707.071	632.788.893	634.311.577	606.552.031	596.038.291	612.420.068
Mob.tà passiva da pubblico	83.959.717	84.957.619	83.276.660	75.492.443	81.431.053	76.889.514	83.170.058
Mob.tà passiva da privato	70.266.093	71.099.647	71.099.647	69.557.666	71.620.812	127.068.130	137.501.750
Medicina di base	85.304.048	89.861.645	95.078.132	101.688.419	102.175.568	101.357.057	104.754.435
Farmaceutica convenzionata	172.888.849	180.119.741	183.258.731	184.663.060	154.756.601	136.538.756	134.354.354
Integrativa e protesica	19.083.688	21.824.202	23.710.706	26.429.609	24.974.790	24.482.203	22.328.304
Ospedaliera	64.215.550	67.551.936	70.554.597	61.791.599	57.111.280	62.011.194	60.011.047
Specialistica ambulatoriale	40.191.572	41.588.169	42.185.753	43.605.048	42.155.406	42.945.009	43.324.766
Riabilitativa	24.203.585	26.663.413	25.963.734	27.531.615	28.166.028	4.443.942	4.387.449
Intramoenia Costi	12.477.019	8.687.410	6.710.075	6.945.941	4.854.431	4.592.993	4.412.201
Altri Serv.sanitari extrastruttura	21.300.251	28.353.288	30.950.858	36.606.178	39.306.063	15.709.493	18.175.704



Reddito Operativo Netto

E' il reddito della gestione tipica dell'Azienda sanitaria al netto del risultato della gestione finanziaria e straordinaria

Andamento 2007-2013



Personale dipendente al 31 dicembre 2014 distinto per ruolo

Ruolo	Qualifica	n.unità	% su tot.
-------	-----------	---------	-----------

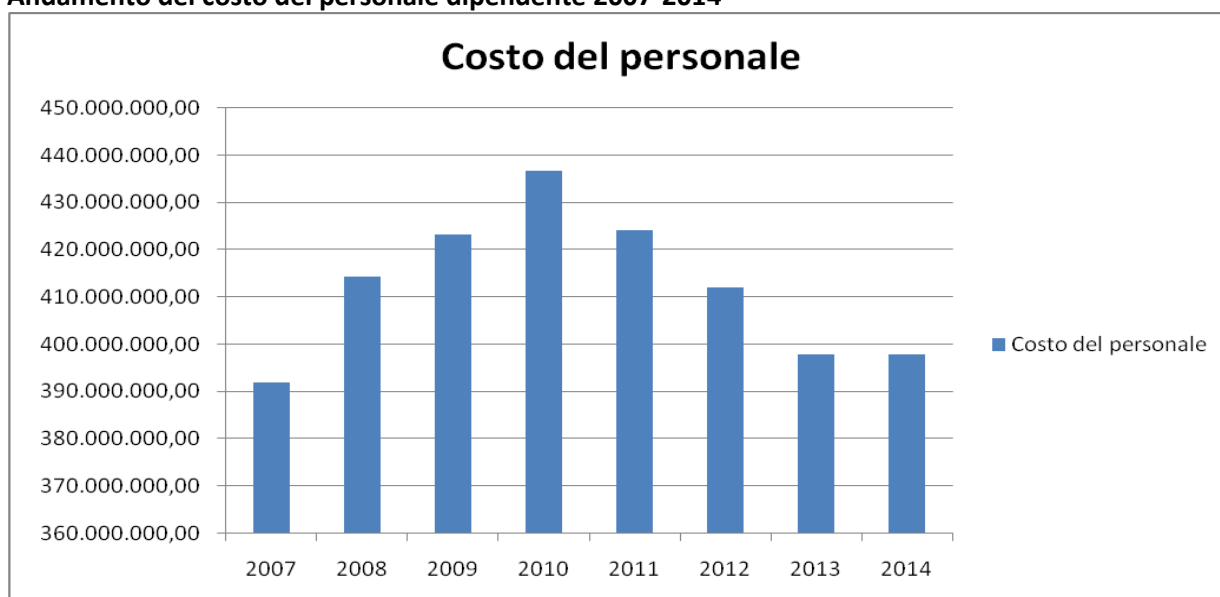
SANITARIO			
	DIRIGENZA MEDICA	1.538	18,69%
	DIRIGENZA NON MEDICA	194	2,36%
	COMPARTO	4.219	51,26%
	TOTALE RUOLO SANITARIO	5.951	72,30%

PROFESSIONALE			
	DIRIGENZA	7	0,09%
	COMPARTO	5	0,06%
	TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	12	0,15%

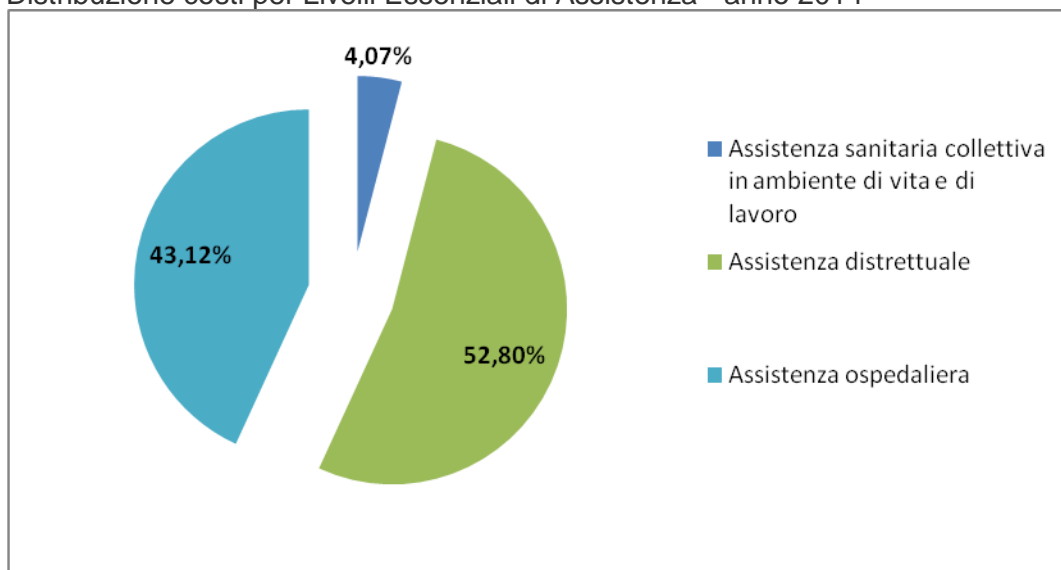
TECNICO			
	DIRIGENZA	11	0,13%
	COMPARTO	1.556	18,90%
	TOTALE RUOLO TECNICO	1.567	19,04%

AMMINISTRATIVO			
	DIRIGENZA	22	0,27%
	COMPARTO	679	8,25%
	TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	701	8,52%

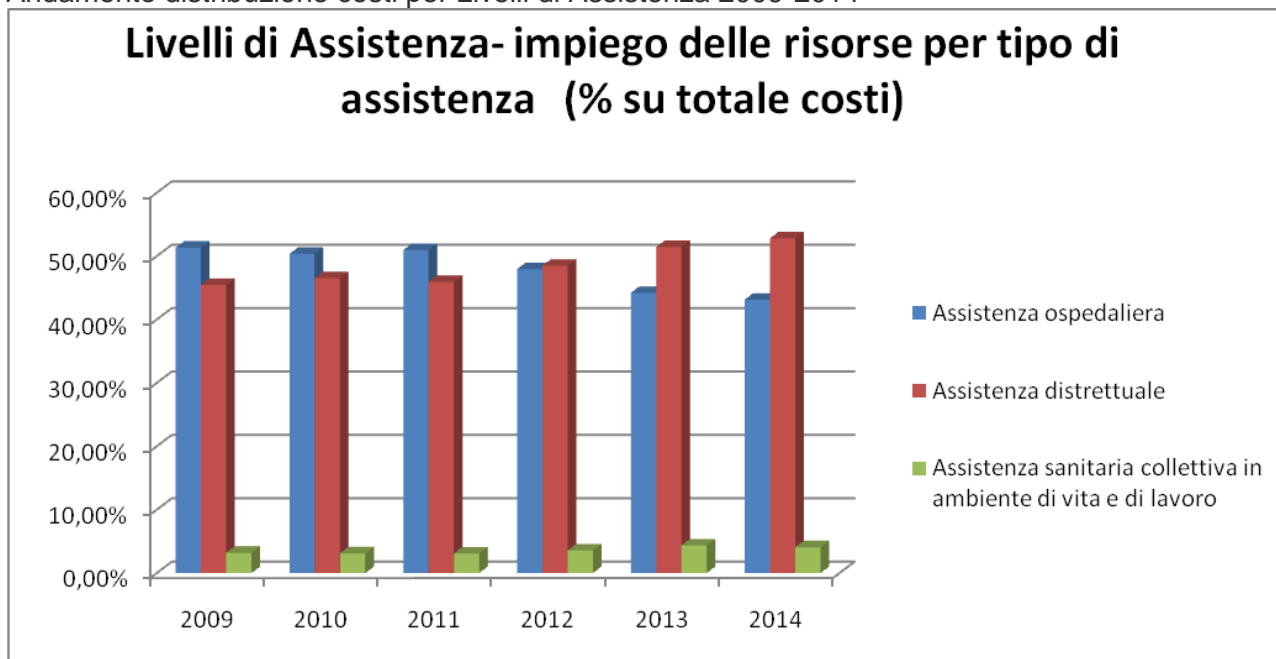
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE	8.231
------------------------------------	--------------

Andamento del costo del personale dipendente 2007-2014


Distribuzione costi per Livelli Essenziali di Assistenza - anno 2014



Andamento distribuzione costi per Livelli di Assistenza 2009-2014



3.2 Mandato istituzionale e Missione

L'Azienda Sanitaria di Lecce è un'organizzazione che:

1. Agisce, in collaborazione con gli altri soggetti, per la promozione e per il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
2. Gestisce le risorse che le sono affidate adottando i criteri di efficacia, efficienza ed equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
3. Persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

La missione strategica del Azienda è tutelare e promuovere la salute intesa come benessere psicofisico e sociale, dando soddisfazione ai bisogno e alle aspettative di salute dei cittadini, gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire con tempestività le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, nel rispetto della persona, nell'interesse delle collettività e in condizioni di sicurezza.

L'Azienda concorre alla più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Puglia, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre agenzie che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute.

L'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo politico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisione della missione aziendale.

La complessità e pluralità dei bisogni necessita di flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi nell'offerta. Da ciò la necessità di sviluppare una rete sinergica che configuri le azioni in un'ottica di sistema.

Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel processo di partecipazione sociale del sistema di produzione: privato accreditato, organismi istituzionali, enti e associazioni a vocazione sociale, forme di associazionismo strutturato, gruppi occasionali e spontanei.

Il complesso dei servizi sanitari rappresenta una risorsa per il progetto sociale di salute più generale.

È indubbio che l'interlocutore sociale più rappresentativo per l'azienda degli interessi della collettività sono le Autonomie Locali a cui spetta un ruolo progettuale e di garanzia.

Una particolare attenzione sarà rivolta al Terzo Settore per pervenire ad una diversa logica di progettazione e gestione dei servizi, riconoscendo allo stesso un ruolo non sostitutivo né integrativo, ma di attore protagonista in un rapporto di progettualità partecipata con il governo complessivo delle Autonomie Locali.

La visione strategica dell'azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi, con il coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholder che caratterizzano la comunità locale.

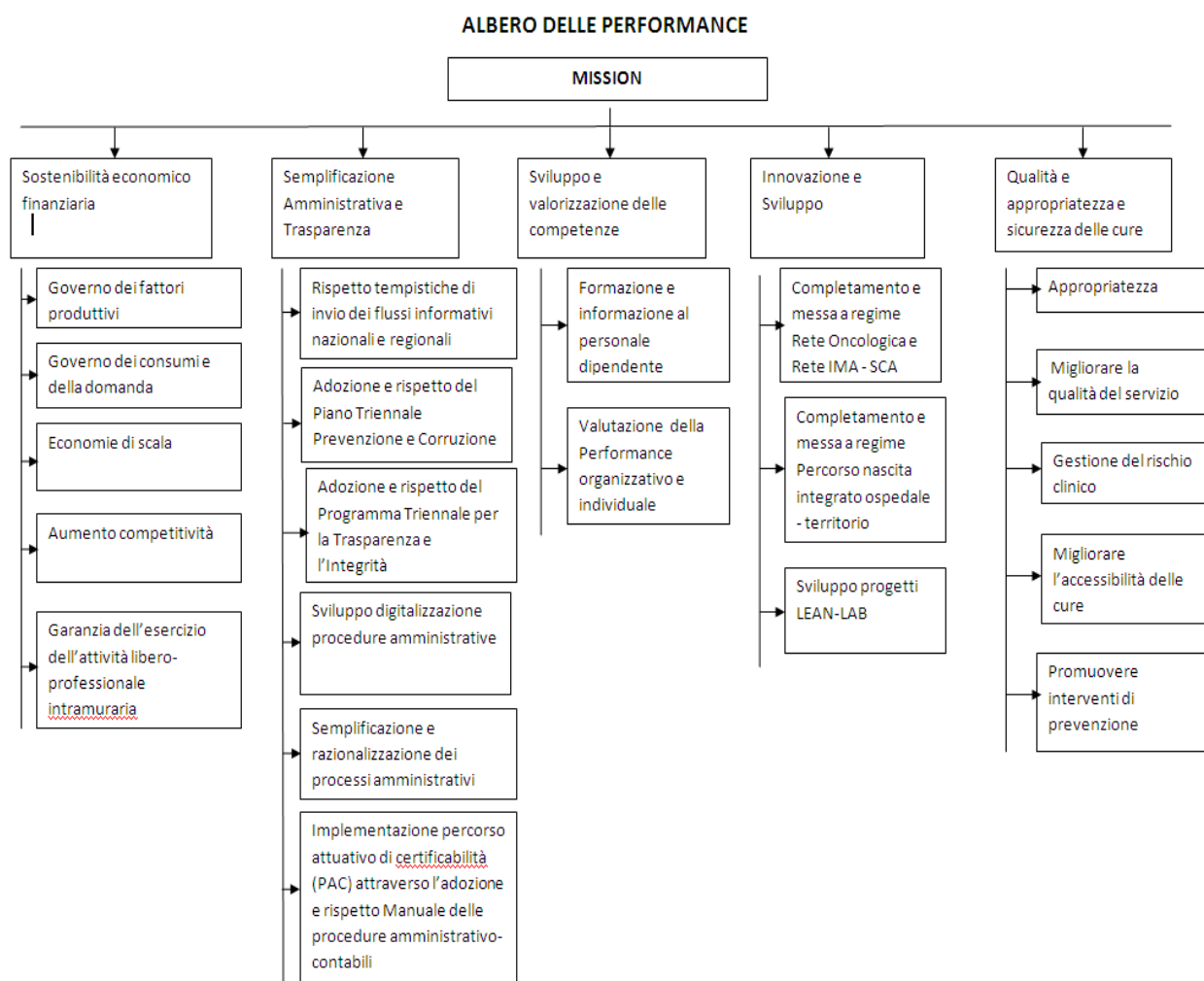
L'azienda mira allo sviluppo del processo di aziendalizzazione mediante la realizzazione di modelli organizzativi improntati a principi imprenditoriali che responsabilizzino la dirigenza sugli obiettivi e sui risultati.

Tale processo vede coinvolti anche i cittadini e le loro organizzazione, le forze sociali e gli organismi di volontariato, a garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa e dell'umanizzazione delle cure.

I valori fondanti l'azione dell'azienda sanitaria di Lecce, attraverso cui orientare le scelte e l'agire di ogni attore dell'organizzazione nel percorso per il raggiungimento dei risultati dichiarati e per l'assolvimento della missione, sono individuati:

- Nell'universalità e nella solidarietà, sì da assicurare equità e pari opportunità di accesso ai servizi e alle prestazioni all'intera collettività, a prescindere dalle differenze culturali, dalle condizioni socioeconomiche e dalle convinzioni religiose;
- Nell'efficacia e nell'appropriatezza intese come insieme di strumenti, di tempi, di azioni agite da professionisti competenti, supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute, capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi scelti come priorità dall'azienda;
- Nella sicurezza dei prodotti, processi e ambienti di lavoro, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi.

3.3 Albero delle performance



4. Analisi del contesto

Il contesto in cui si trova ad operare l'Azienda Sanitaria Locale Lecce è estremamente complesso sia per la vastità del territorio sul quale deve garantire tutti i servizi previsti dai LEA sia per la diversa natura degli stakeholder con cui si deve confrontare.

4.1) Analisi del contesto esterno

Il territorio di competenza l'ASL LE, come è già stato detto in precedenza, è di circa 2.800 Km² su cui insiste una popolazione di 807.256 abitanti residenti (dati Istat 2014), da un punto di vista ortografico è un ambiente tipicamente pianeggiante e si affaccia sul mare. E' un territorio a forte vocazione turistica con il conseguente arrivo e stazionamento nei periodi estivi di migliaia di vacanzieri.

La Provincia di Lecce comprende 97 comuni. Dal punto di vista della struttura dimensionale dei comuni, la Provincia di Lecce evidenzia una maggiore concentrazione della popolazione nei centri di piccole dimensioni come si evince dalla mappa sottostante, il 67% della popolazione, pari a 541.320 abitanti, risiede in 87 comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti. Ciò ha condizionato e continua a condizionare il processo di programmazione e lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari.

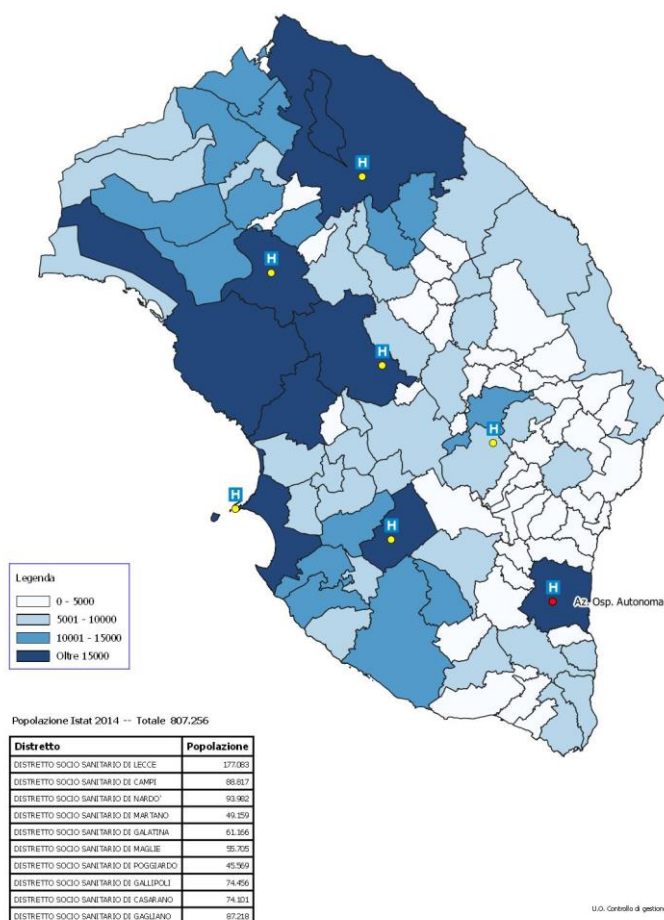
I punti di forza e di debolezza di tale sistema possono essere così sintetizzati:

PUNTI DI FORZA:

- la presenza di reti informali e legami di solidarietà;
- le piccole comunità locali sono facilitate nell'attuare percorsi di inclusione sociale;
- esistono le condizioni per lo sviluppo di percorsi assistenziali, territoriali e domiciliari.

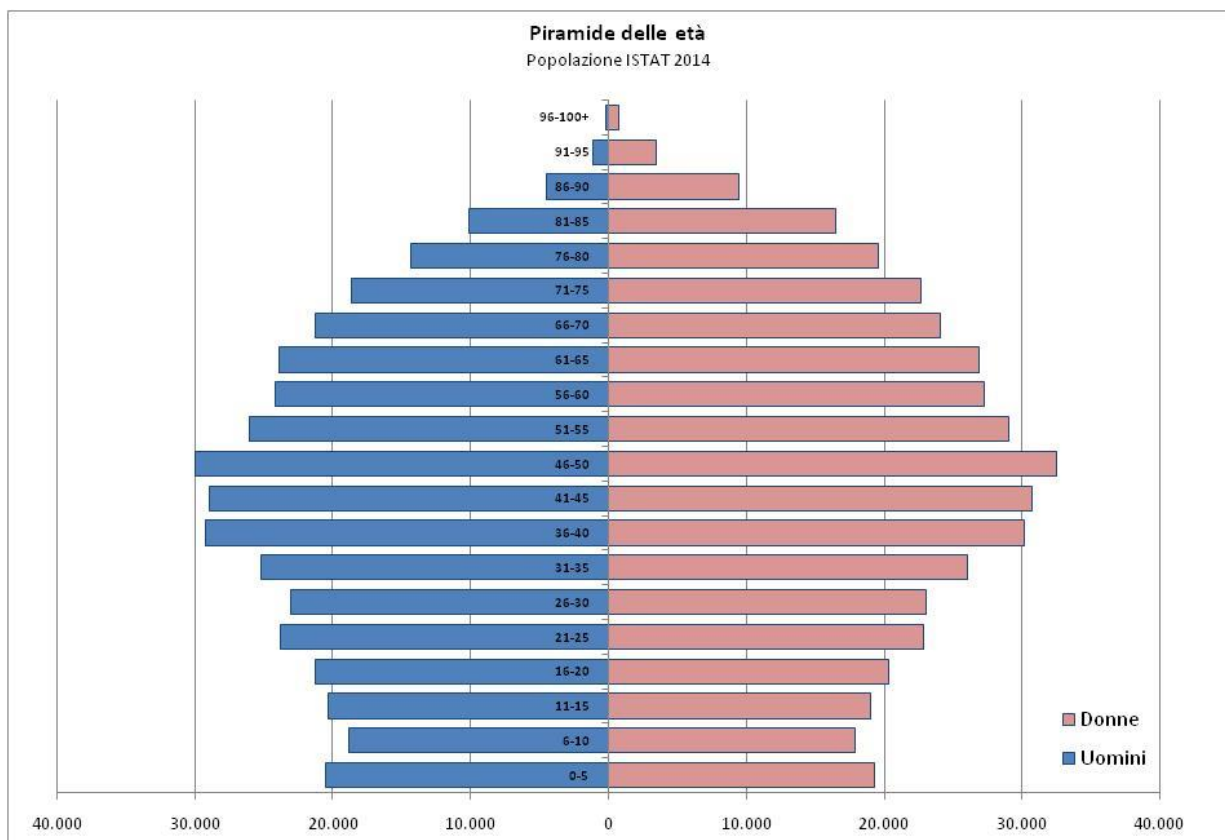
PUNTI DI DEBOLEZZA:

- eccessivo campanilismo;
- debolezza degli organismi sovra comunali chiamati a programmare e gestire interventi di Ambito sociale;
- difficoltà per i piccoli comuni di fronteggiare situazioni di particolare gravità.



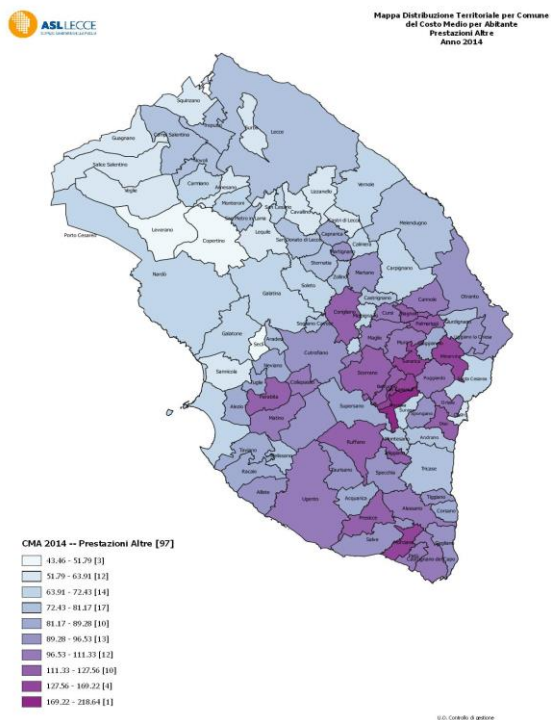
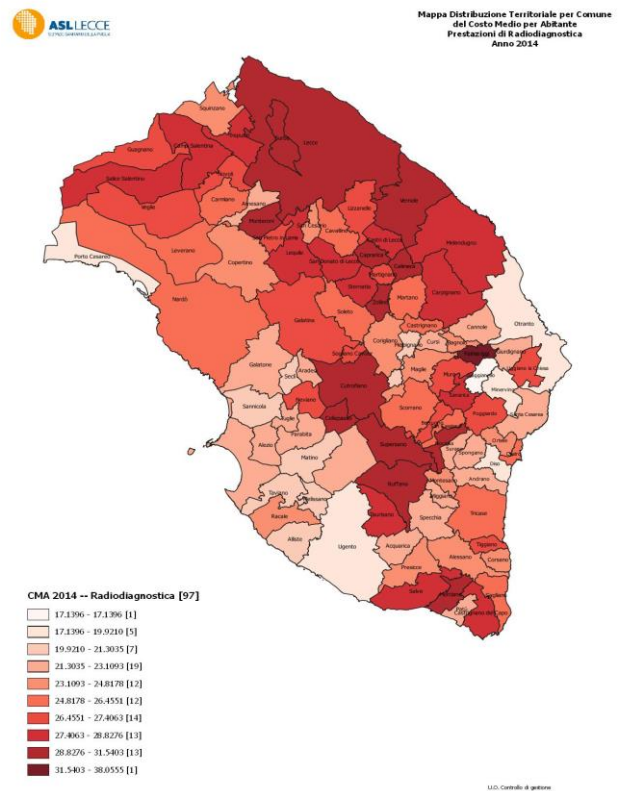
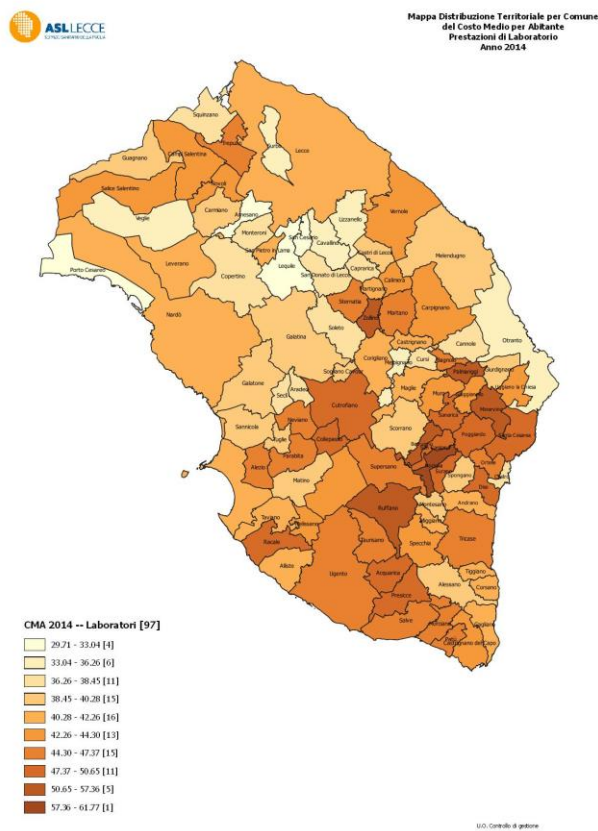
La programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari non può comunque prescindere dalle dinamiche demografiche della popolazione di riferimento. Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi all'evoluzione negli ultimi 20 anni della popolazione residente nella Provincia di Lecce

Classi di età	1994		2004		2014	
	Residenti	%	Residenti	%	Residenti	%
0-14	143.754	17,84%	120.874	15,09%	107.988	13,38%
15-64	548.541	68,06%	532.270	66,45%	521.596	64,61%
65-74	70.014	8,69%	83.114	10,38%	89.330	11,07%
>75	43.612	5,41%	64.777	8,09%	88.342	10,94%
	805.921		801.035		807.256	



Andamento della domanda

Spesa specialistica ambulatoriale – Costo medio per abitante Anno 2014



Le mappe riportate rappresentano la distribuzione del costo medio per abitante per comune relativamente a:

1. Laboratorio Analisi

Val Medio **42.61**
Val.Min. 29.71
Val.Max 61.67

2. Radiodiagnostica

Val Medio **25.40**
Val.Min. 17.14
Val.Max 38.06

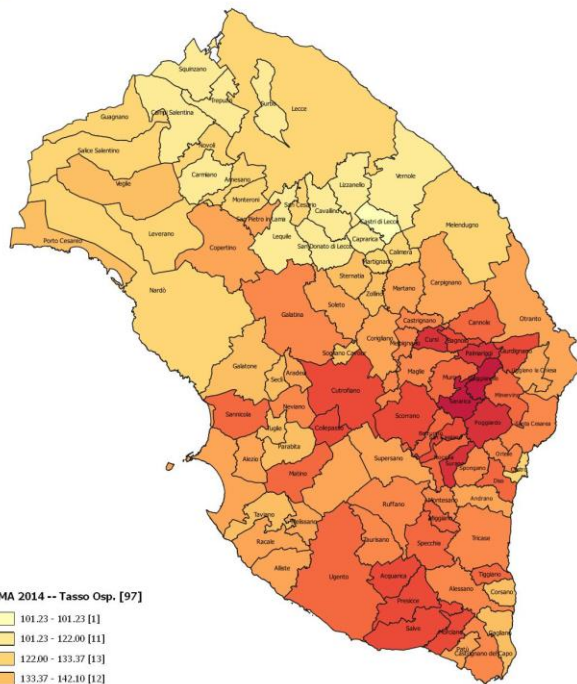
3. Attività clinica

Val Medio **87.69**
Val.Min. 43.47
Val.Max 218.64

Tasso di ospedalizzazione - Anno 2014



Mapa Distribuzione Territoriale per Comune
del Tasso di Ospedalizzazione
Anno 2014



CMA 2014 -- Tasso Osp. [97]

101.23 - 101.23 [1]
101.23 - 122.00 [11]
122.00 - 133.37 [13]
133.37 - 142.10 [12]
142.10 - 149.97 [18]
149.97 - 158.44 [14]
158.44 - 167.93 [12]
167.93 - 175.52 [10]
175.52 - 199.35 [4]
199.35 - 226.72 [2]

U.O. Controllo di gestione

Rappresentazione dell'andamento
del tasso di ospedalizzazione
globale sul territorio aziendale.

Val Medio	148.73
Val Max.	226.72
Val Min	101.23

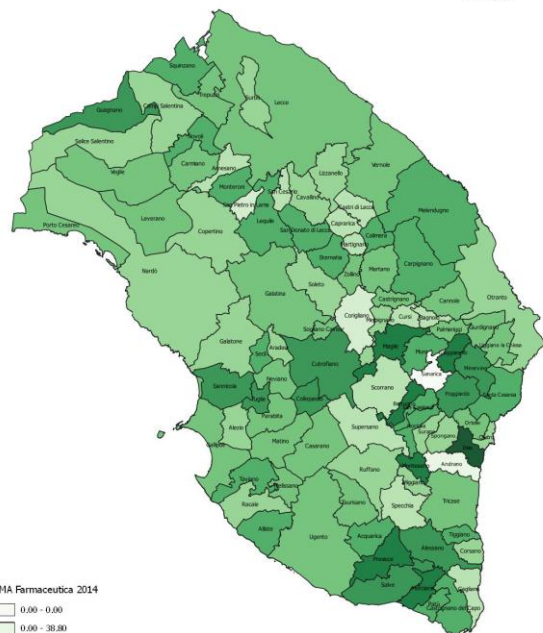
Spesa farmaceutica convenzionata farmaci SSN – Anno 2014

Rappresentazione dell'andamento
della spesa farmaceutica sul
territorio aziendale.

Costo Medio per Ab. **163.95**



Mapa Distribuzione Territoriale per Comune
del Costo Medio per Abitante
Spesa SSN Farmaceutica Convenzionata
Anno 2014



CMA Farmaceutica 2014

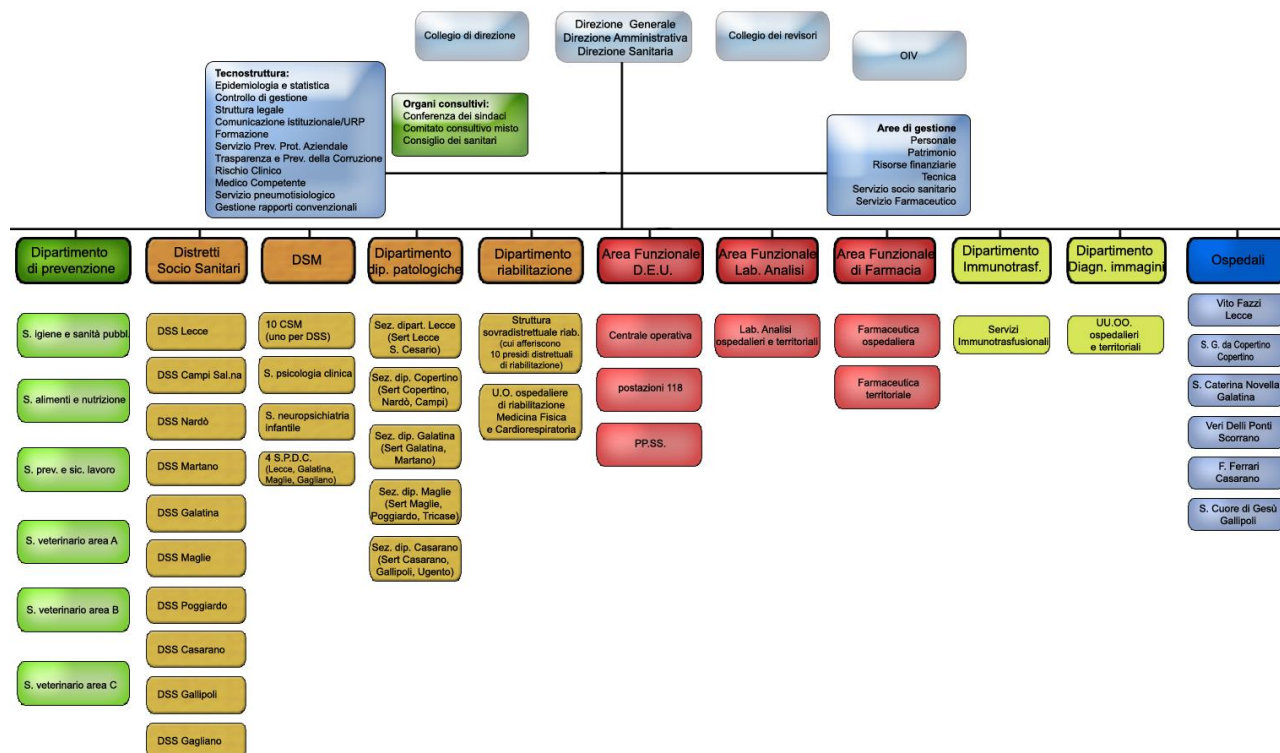
0.00 - 0.00
0.00 - 38.80
38.80 - 94.42
94.42 - 132.00
132.00 - 152.89
152.89 - 168.94
168.94 - 187.63
187.63 - 216.38
216.38 - 264.49
264.49 - 375.25

U.O. Controllo di gestione

4.2) Analisi del contesto interno

La struttura organizzativa dell'Azienda si articola nelle seguenti macrostrutture:

ORGANIGRAMMA FUNZIONALE



Le funzioni di indirizzo e di controllo, garantite dal Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario Aziendale e dal Direttore Amministrativo, sono finalizzate alla governance dell'Azienda e si caratterizzano per il contenuto di pianificazione, programmazione, organizzazione generale, di allocazione delle risorse e di committenza, la Direzione attua gli indirizzi della pianificazione regionale, tramite il processo annuale che orienta e vincola tutti i produttori sanitari e sociosanitari, interni ed esterni all'Azienda.

Organizzazione dell'Assistenza sanitaria

Assistenza ospedaliera

Il modello di rete ospedaliero identificato dalla programmazione regionale, in particolare dal PSR è quello denominato "hub e spoke" che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità di assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

La definizione della rete di assistenza ospedaliera si articola su due livelli: Ospedali di riferimento provinciale e Presidi ospedalieri di rete.

L'Azienda, articola la funzione Ospedaliera in 6 sedi:

- "V. Fazzi", ospedale di riferimento provinciale con sede a Lecce;
- "San Giuseppe da Copertino", presidio ospedaliero con sede a Copertino;
- "Santa Caterina Novella", presidio ospedaliero con sede a Galatina;
- "Veris Delli Ponti", presidio ospedaliero con sede a Scorrano;
- "Francesco Ferrari", presidio ospedaliero con sede a Casarano;
- "Sacro Cuore di Gesù", presidio ospedaliero con sede a Gallipoli.

La Tabella che segue espone l'attuale distribuzione dei posti letto degli ospedali a gestione diretta per singolo reparto raffrontando i dati dei posti letto effettivi con quelli previsti dai Regolamenti Regionali.

Cdc	Posti letto effettivi anno 2014			RR18/2010	RR11/2012	RR36/2012	Δ RR18	Δ RR11	Δ RR36
	PLO	PLDH	Totale						
O. FAZZI - CARDIOLOGIA	20	0	20	20	20	20	0	0	0
O. FAZZI - UTIC	8	0	8	8	8	8	0	0	0
O. FAZZI - EMODINAMICA	20	0	20	20	20	20	0	0	0
O. FAZZI - EMATOLOGIA	16	8	24	24	24	24	0	0	0
O. FAZZI - ENDOCRINOLOGIA	6	0	6	6	6	6	0	0	0
O. FAZZI - GERIATRIA			0	0	10	0	0	-10	0
O. FAZZI - MALATTIE INFETTIVE	18	2	20	20	20	20	0	0	0
O. FAZZI - MEDICINA - MEDICINA INTERNA	60	8	68	70	68	68	-2	0	0
O. FAZZI - LUNGODEGENZA	6	0	6	25	18	18	-19	-12	-12
O. FAZZI - ONCOLOGIA	18	12	30	30	30	30	0	0	0
O. FAZZI - NEFROLOGIA	17	4	21	21	21	21	0	0	0
O. FAZZI - NEUROLOGIA	28	0	28	28	28	28	0	0	0
O. FAZZI - DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	10	0	10	10	10	10	0	0	0
O. FAZZI - PNEUMOLOGIA	20	0	20	20	26	26	0	-6	-6
O. FAZZI - CARDIOCHIRURGIA	26	0	26	26	26	26	0	0	0
O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE	40	0	40	40	40	40	0	0	0
O. FAZZI - CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE			0	0	10	10	0	-10	-10
O. FAZZI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	15	0	15	15	15	15	0	0	0
O. FAZZI - CHIRURGIA TORACICA	20	0	20	20	20	20	0	0	0
O. FAZZI - CHIRURGIA VASCOLARE			0	0	10	10	0	-10	-10
O. FAZZI - NEUROCHIRURGIA	33	2	35	35	35	35	0	0	0
O. FAZZI - OFTALMOLOGIA	16	5	21	21	21	21	0	0	0
O. FAZZI - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	0	36	36	36	36	0	0	0
O. FAZZI - OTORINOLARINGOIATRIA	20	0	20	20	20	20	0	0	0
O. FAZZI - UROLOGIA	18	2	20	42	20	20	-22	0	0
O. FAZZI - NEONATOLOGIA	12	0	12	12	12	12	0	0	0
O. FAZZI - UNITA' TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8	0	8	4	8	8	4	0	0
O. FAZZI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	44	6	50	50	50	50	0	0	0
O. FAZZI - PEDIATRIA	18	2	20	20	20	20	0	0	0
O. FAZZI - PEDIATRIA - ONCOEMATOLOGIA	8	2	10	10	10	10	0	0	0
O. FAZZI - ANESTESIA E RIANIMAZIONE - RIANIMAZIONE	15	0	15	15	15	15	0	0	0
D.S.M. - S.P.D.C. LECCE	15	0	15	15	15	15	0	0	0
O. S.CESARIO - REUMATOLOGIA	0	4	4	4	4	4	0	0	0
D.R. - MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA - SAN CESAREO	18	0	18	50	60	60	-32	-42	-42
D.R. - RIABILITAZIONE CARDIO-RESPIRATORIA - S. CESAREO	20	6	26	40	40	40	-14	-14	-14
TOT FAZZI	629	63	692	777	796	786	-85	-104	-94

Cdc	Posti letto effettivi anno 2014			RR18/2010	RR11/2012	RR36/2012	Δ RR18	Δ RR11	Δ RR36
	PLO	PLDH	Totale						
O. COPERTINO - CARDIOLOGIA	12	0	12	7	12	12	5	0	0
O. COPERTINO - CARDIOLOGIA UTIC			0	4	0	0	-4	0	0
O. COPERTINO - GERIATRIA	20	0	20	20	20	20	0	0	0
O. COPERTINO - MEDICINA GENERALE	22	2	24	12	24	24	12	0	0
O. COPERTINO - LUNGODEGENZA	12	0	12	0	24	24	12	-12	-12
O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE	26	2	28	28	24	24	0	4	4
O. COPERTINO - ORTOPEDIA	22	2	24	24	24	24	0	0	0
O. COPERTINO - UROLOGIA	18	2	20	20	20	20	0	0	0
O. COPERTINO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24	0	24	24	32	32	0	-8	-8
O. COPERTINO - PEDIATRIA	13	1	14	14	10	10	0	4	4
O. COPERTINO - NEONATOLOGIA			0	0	6	6	0	-6	-6
MEDICINA INTERNA (NARDO')			0	28	0	0			0
LUNGODEGENZA (NARDO')			0	30	0	0			0
TOT COPERTINO	169	9	178	211	196	196	25	-18	-18

Cdc	Posti letto effettivi anno 2014			RR18/2010	RR11/2012	RR36/2012	Δ RR18	Δ RR11	Δ RR36
	PLO	PLDH	Totale						
O. GALATINA - CARDIOLOGIA	16	0	16	8	16	16	8	0	0
O. GALATINA - CARDIOLOGIA UTIC			0	8	0	0	-8	0	0
O. GALATINA - GERIATRIA	18	0	18	20	10	18	-2	8	0
O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE	16	4	20	20	20	20	0	0	0
O. GALATINA - MEDICINA	40	4	44	40	44	42	4	0	2
O. GALATINA - NEFROLOGIA	10	1	11	10	10	10	1	1	1
O. GALATINA - PNEUMOLOGIA	20	0	20	20	20	20	0	0	0
O. GALATINA - CHIRURGIA	20	2	22	32	24	24	-10	-2	-2
O. GALATINA - ORTOPEDIA	22	2	24	24	24	24	0	0	0
O. GALATINA - GASTROENTEROLOGIA	19	1	20	20	20	20	0	0	0
O. GALATINA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	22	2	24	24	32	32	0	-8	-8
O. GALATINA - PEDIATRIA	16	2	18	20	10	10	-2	8	8
O. GALATINA - NEONATOLOGIA			0	0	6	6	0	-6	-6
D.S.M. - S.P.D.C. GALATINA	15	0	15	15	15	15	0	0	0
TOT GALATINA	234	18	252	261	251	257	-9	1	-5

Cdc	Posti letto effettivi anno 2014			RR18/2010	RR11/2012	RR36/2012	Δ RR18	Δ RR11	Δ RR36
	PLO	PLDH	Totale						
O. SCORRANO - CARDIOLOGIA	15	1	16	8	16	16	8	0	0
O. SCORRANO - CARDIOLOGIA UTIC			0	8	0	0	-8	0	0
O. SCORRANO - MEDICINA	29	3	32	48	48	44	11	11	15
O. POGGIARDO - MEDICINA	25	2	27						
O. SCORRANO - LUNGODEGENZA	6	0	6	20	16	16	-14	-10	-10
O. SCORRANO - NEFROLOGIA			0	12	0	0	-12	0	0
O. SCORRANO - CHIRURGIA	25	1	26	26	26	26	0	0	0
O. SCORRANO - ORTOPEDIA	23	1	24	30	24	24	-6	0	0
O. SCORRANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	22	2	24	24	24	24	0	0	0
O. SCORRANO - PEDIATRIA	9	1	10	10	10	10	0	0	0
O. SCORRANO - NEONATOLOGIA			0	0	6	6	0	-6	-6
O. SCORRANO - RIANIMAZIONE	4	0	4	4	4	4	0	0	0
D.S.M. - S.P.D.C. SCORRANO	15	0	15	0	15	15	15	0	0
O. POGGIARDO - GASTROENTEROLOGIA	14	2	16	16	16	16	0	0	0
TOT SCORRANO	187	13	200	206	205	201	-6	-5	-1

Cdc	Posti letto effettivi anno 2014			RR18/2010	RR11/2012	RR36/2012	Δ RR18	Δ RR11	Δ RR36
	PLO	PLDH	Totale						
O. CASARANO - CARDIOLOGIA	13	0	13	6	12	12	7	1	1
O. CASARANO - CARDIOLOGIA UTIC			0	8	0	0	-8	0	0
O. CASARANO - ENDOCRINOLOGIA	0	2	2	2	2	2	0	0	0
O. CASARANO - GERIATRIA	18	0	18	18	15	15	0	3	3
O. CASARANO - MEDICINA	28	2	30	48	30	30	-18	0	0
O. CASARANO - LUNGODEGENZA			0	18	0	0	-18	0	0
O. CASARANO - NEFROLOGIA	8	2	10	14	10	10	-4	0	0
O. CASARANO - NEUROLOGIA	25	1	26	28	26	26	-2	0	0
O. CASARANO - ONCOLOGIA	0	12	12	0	10	10	12	2	2
O. CASARANO - CHIRURGIA	31	1	32	32	32	32	0	0	0
O. CASARANO - ORTOPEDIA	22	2	24	30	24	24	-6	0	0
O. CASARANO - UROLOGIA	18	2	20	18	18	18	2	2	2
O. CASARANO - CHIRURGIA PEDIATRICA	17	3	20	20	20	20	0	0	0
O. CASARANO - OSTETRICIA	15	3	18	15	0	0	3	18	18
O. CASARANO - PEDIATRIA	14	2	16	16	16	16	0	0	0
O. CASARANO - T.I. RIANIMAZIONE	4	0	4	4	4	4	0	0	0
D.S.M. - S.P.D.C. CASARANO	12	0	12	0	12	12	12	0	0
TOT CASARANO	225	32	257	277	231	231	-20	26	26

Cdc	Posti letto effettivi anno 2014			RR18/2010	RR11/2012	RR36/2012	Δ RR18	Δ RR11	Δ RR36
	PLO	PLDH	Totale						
O. GALLIPOLI - CARDIOLOGIA	12	2	14	12	16	16	2	-2	-2
O. GALLIPOLI - CARDIOLOGIA UTIC			0	8	0	0	-8	0	0
O. GALLIPOLI - MEDICINA	24	1	25	46	46	44	-21	-21	-19
O. GALLIPOLI - LUNGODEGENZA			0	16	16	16	-16	-16	-16
O. GALLIPOLI - ONCOLOGIA	16	16	32	20	20	20	12	12	12
O. GALLIPOLI - PNEUMOLOGIA	18	2	20	20	20	20	0	0	0
O. GALLIPOLI - CHIRURGIA	20	4	24	24	24	24	0	0	0
O. GALLIPOLI - ORTOPEDIA	22	2	24	24	24	24	0	0	0
O. GALLIPOLI - OSTETRICIA	20	3	23	24	0	0	-1	23	23
O. GALLIPOLI - PEDIATRIA	16	2	18	15	10	10	3	8	8
O. GALLIPOLI - RIANIMAZIONE	4	0	4	0	8	8	4	-4	-4
O. GALLIPOLI - PSICHIATRIA			0	10					0
TOT GALLIPOLI	152	32	184	219	184	182	-25	0	2
TOT GENERALE	1.596	167	1.763	1.951	1.863	1.853	-120	-100	-90

A tale offerta pubblica a gestione diretta si aggiungono oltre all' Ente Ecclesiastico "Cardinal G.Panico" di Tricase –le seguenti case di cura accreditate:

- "Prof.Petrucciani" – Lecce;
- "San Francesco" – Galatina;
- "Città di Lecce" – Lecce;
- "Euroitalia" – Casarano;
- "Villa Bianca" – Lecce;
- "Villa Verde" – Lecce.

Posti letto contrattualizzati anno 2014												
		Ente Ecclesiastico				"Petruciani "	"Villa Bianca"	"Villa Verde"	"San Francesco"	"Città di Lecce"	"Euroitalia "	
		Card."C.Panico"										Totale Posti letto
		RR 36/2012	P.L. Effettivi			P.L. Contratt.	P.L. Contratt.	P.L. Contratt.	P.L. Contratt.	P.L. Contratt.	P.L. Contratt.	
			ORDINARI	DH	TOTALE							
07	cardiochirurgia									30		30
08	cardiologia	16	16		16	6				10		32
08	emodinamica											-
09	chirurgia	40	36	4	40	10			16			66
10	chirurgia maxillo facciale	4	4		4					10		14
11	chirurgia pediatrica					8						8
12	chirurgia plastica											-
14	chirurgia vascolare	15	14	1	15	8						23
13	chirurgia toracica											-
18	ematologia	15	12	3	15							15
19	endocrinologia											-
21	geriatria											-
24	malattie infettive											-
26	medicina	30	28	2	30				16			46
29	nefrologia	10	9	1	10							10
30	neurochirurgia	8								10		10
32	neurologia	30	29	1	30			23				53
34	oculistica	8	6	2	8	2			2	6		18
36	ortopedia	32	28	4	32		28			16		76
37	ostetricia e ginecologia	30	28	2	30	12			6			48
38	otorinolaringoiatria	15	14	1	15				6			21
39	pediatria	10	8	2	10							10
40	psichiatria											-
43	urologia	30	26	4	30	8			3			41
46	grandi ustioni pediatriche											-
49	terapia intensiva	12	12		12			15		8		35
50	utic	10	10		10					8		18
52	dermatologia											-
56	riabilitazione fisica	20	20		20					8	66	94
56	riabilitazione cardiologica					10				10		20
56	riabilitazione respiratoria											-
58	gastroenterologia											-
60	lungodegenza	18	18		18							18
62	neonatalogia	8	8		8							8
64	oncologia	10	9	1	10							10
65	oncoematologia pediatrica											-
68	pneumologia	18	18		18							18
71	reumatologia											-
73	terapia intensiva neonatale	6	6		6							6
75	neuro riabilitazione	5						15				15
	Totale	400	359	28	387	64	28	53	49	116	66	763

Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale nella ASL LE viene assicurata dai:

1. Distretti Socio-Sanitari
2. Dipartimento di Salute Mentale
3. Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
4. Dipartimento di Riabilitazione
5. Dipartimento di Emergenza –Urgenza 118.

1. Distretto e le cure primarie

La mission del Distretto è definita nell'art. 14 della LR 25/06:

1. *Il Distretto è articolazione organizzativo-funzionale dell'ASL ed è sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali, con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute.*
2. *Il Distretto garantisce l'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea e uniforme, attraverso un elevato livello d'integrazione tra le diverse professionalità e tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata, continuativa e unitaria ai bisogni di salute della popolazione. In tale ottica il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa e organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale, costituisce centro di responsabilità e di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'ASL, coerentemente con la programmazione regionale e aziendale.*

Ogni Distretto Sociosanitario è strutturato in modo da assicurare i seguenti livelli di assistenza territoriale:

- a) **assistenza primaria e intermedia** comprendente: assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza di emergenza territoriale, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, ospedale di comunità, assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali, assistenza in Hospice;
- b) **assistenza specialistica** comprendente: assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la medicina dello sport, assistenza riabilitativa, assistenza protesica, assistenza termale e specialistico - riabilitativa;
- c) **assistenza consultoriale**;
- d) **assistenza psicologica**;
- e) **assistenza penitenziaria** (Distretto di Lecce presso la Casa Circondariale);
- f) **assistenza sociosanitaria**: erogata in raccordo con il Servizio Sociosanitario ed in integrazione con gli Ambiti territoriali sulla base della programmazione triennale contenuta nei Piani di zona. A tal fine il Distretto utilizza sistemi unitari di accesso Porta Unica di Accesso (PUA) e Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

g) **assistenza farmaceutica**, in raccordo con la Struttura Complessa Farmaceutica Territoriale, per il tramite delle farmacie convenzionate e, per l'erogazione diretta, tramite farmacie distrettuali e/o ospedaliere.

Per assicurare gli altri livelli di assistenza territoriale il Distretto opera in integrazione funzionale con le articolazioni distrettuali dei dipartimenti territoriali: di Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche, di Riabilitazione, di Emergenza-Urgenza e di Prevenzione.

2. Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale comprende una rete di strutture territoriali, ospedaliere, residenziali e a ciclo diurno che consentono di assicurare, sull'intero territorio aziendale, la continuità terapeutica basata sulla presa in carico degli utenti attraverso percorsi multidisciplinari.

a) Centri di Salute Mentale

L'assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare viene garantita da una rete di n. 10 Centri di Salute Mentale, coincidenti con gli ambiti territoriali dei Distretti Socio-Sanitari, che copre in maniera razionale il territorio provinciale.

b) Riabilitazione psicosociale

Le attività di riabilitazione psicosociale hanno assunto, nel tempo, una crescente rilevanza in quanto costituiscono l'insieme delle cure intermedie, residenziali e diurne, con diverso grado di complessità assistenziale che dovrebbero assicurare il graduale passaggio degli utenti verso la rete delle strutture sociosanitarie ovvero il reinserimento nelle comunità locali.

Il DSM assicura parte di queste attività con le seguenti strutture a gestione diretta:

- n. 5 Comunità Riabilitative Residenziali Psichiatriche (C.R.A.P.).
- n. 6 Strutture Riabilitative Diurne (C.D.), collegate ai C.S.M. di riferimento.

c) Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica

L'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica del D.S.M. assicura in tutti i servizi, centri ed articolazioni del D.S.M. le seguenti attività: psicodiagnosi; psicologia clinica; ricerca in campo psicologico e psicoterapico; psicoterapia; prevenzione e riabilitazione, nel campo della salute mentale e nelle interrelazioni con il benessere psicofisico.

d) Unità Operativa Complessa di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

Nel corso del 2014 si è proceduto, coerentemente alle disposizioni della L.R. 30/98, alla attivazione dell'U.O.C. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) presso il D.S.M. ASL Lecce.

Il Servizio è finalizzato alla prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza ed assicura le seguenti attività:

- a. prevenzione primaria e secondaria dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- b. prevenzione e riduzione delle sequele delle malattie neuropsichiche dell'età evolutiva;
- c. attività specialistiche psichiatriche dell'età evolutiva;

- d. interventi di psicoterapia per i problemi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza a salvaguardia della salute mentale del minore e della qualità della vita del nucleo familiare;
- e. intervento specifico di supporto all'integrazione scolastica per soggetti con disturbi neuropsichici in età evolutiva;
- f. tutela e risocializzazione dei pazienti degenti in istituti neuropsico-pedagogici o in istituti assistenziali favorendo la deistituzionalizzazione.

e) Unità Operative Semplici Dipartimentali

Centro per la cura e la ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.): si occupa di patologie di notevole rilevanza sociale e in crescente aumento che interessano soprattutto i giovani, quali l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa, i Disturbi del Comportamento Alimentare NAS, etc.

f) Unità Operativa di Psichiatria Penitenziaria

Come previsto dal D. Lgs. n.230 del 1999, è stata attivata l'U.O. per l'assistenza psichiatrica nell'Istituto Penitenziario di Lecce.

g) Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Unità operative di ricovero allocate dei Presidi ospedalieri di Lecce, Galatina, Scorrano e Casarano.

3. Dipartimento Dipendenze patologiche

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche, strutturato su base distrettuale, assicura l'erogazione dei LEA in ambito tossicologico e delle dipendenze mediante attività di prevenzione, cura, riduzione del danno, recupero e reinserimento socio-lavorativo.

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche è così strutturato:

- Ufficio di Dipartimento con sede a Maglie
- N.5 sezioni dipartimentali con le seguenti Unità operative:

Sezione dipartimentale di Lecce:

Ser.T. Lecce, Laboratorio di tossicologia Ser.T. Lecce, Ser.T. San Cesario, Assistenza tossicodipendenti in carcere, Centro di psicoterapia familiare Lecce.

Sezione dipartimentale di Copertino:

Ser.T. Copertino, Ser.T. Nardò, Ser.T. Campi Salentina

Sezione dipartimentale di Galatina:

Ser.T. Galatina, Ser.T. Martano

Sezione dipartimentale di Maglie

Ser.T. Maglie, Ser.T. Poggiardo, Ser.T. Tricase, Alcologia, Riabilitazione, Centro di psicoterapia familiare- Muro Leccese

Sezione dipartimentale di Casarano

Ser.T. Casarano, Ser.T. Ugento, Ser.T. Gallipoli, Doppia diagnosi.

4. Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione è articolato in una sistema organizzato di servizi che offrono assistenza riabilitativa nelle diverse fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), dall'acuzie fino al rientro al domicilio, e nelle diverse fasi della vita (età evolutiva, età adulta, età geriatrica), integrandosi anche con le strutture sociosanitarie di tipo residenziale e semiresidenziale e con le articolazioni territoriali delle cure primarie.

Il dipartimento di riabilitazione è attualmente strutturato come segue:

- **Componente ospedaliera** “Polo riabilitativo ospedaliero di San Cesario” cui afferiscono le UU.OO. di Medicina fisica e riabilitazione e Riabilitazione cardio-respiratoria.
- **Componente territoriale** che comprende l'U.O.C “Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione” cui afferiscono i dieci Presidi Riabilitativi Distrettuali coincidenti con i Distretti sociosanitari e i servizi centrali di “Riabilitazione neuropsichica dell'età evolutiva”, “Foniatría e riabilitazione dei disturbi della comunicazione”, “Riabilitazione ex art. 25”, “Riabilitazione ex art. 26”.

5. Dipartimento di Emergenza/Urgenza

Riorganizzato così come da D.G.R. n.2251/2014, delibera di riorganizzazione e di ottimizzazione della “Rete Emergenza/Urgenza”. Tale nuova Rete articolata in Emergenza/Urgenza ospedaliera e territoriale (postazioni territoriali e Centrali Operative 118) prevede un rafforzamento della parte territoriale a seguito e in coerenza della razionalizzazione di quella ospedaliera con l'obiettivo dell'ottimizzazione dell'appropriatezza del ricovero in Ospedali per acuti.

Il Dipartimento di Emergenza/Urgenza è stato strutturato, in coerenza con la D.G.R. n.2251/2014, come segue:

- Centrale operativa 118 con sede a Lecce;
- DEA II livello (HUB) con sede a Lecce. Il livello (HUB) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione;
- DEA I livello (SPOKE) :Casarano-Gallipoli, Tricase, Copertino-Galatina. Il livello (SPOKE) compie interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari di complessità minore ed intermedia della popolazione, demandando al HUB di riferimento (Lecce) i casi di alta complessità;

- Pronto Soccorso di base presso l'ospedale di Scorrano. Il Pronto Soccorso di base compie interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente e di ricovero, oppure di trasferimento urgente agli SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.
- Punti di Primo Intervento Territoriali (PPIT) con sede a Campi Sal.na, Nardò, Poggiardo. La funzione dei PPIT è il trattamento delle urgenze a bassa gravità che non richiedono trattamento ospedaliero.

Prevenzione

In attuazione delle direttive regionali, il Dipartimento di Prevenzione è organizzato su due aree territoriali nord e sud della provincia. Al dipartimento di prevenzione afferiscono i Servizi medici di Igiene e Sanità Pubblica, Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, e i Servizi veterinari di Sanità Animale, Igiene degli Alimenti di Origine Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche.

Il Dipartimento di Prevenzione assicura su tutto il territorio aziendale le attività di verifica e controllo inerenti:

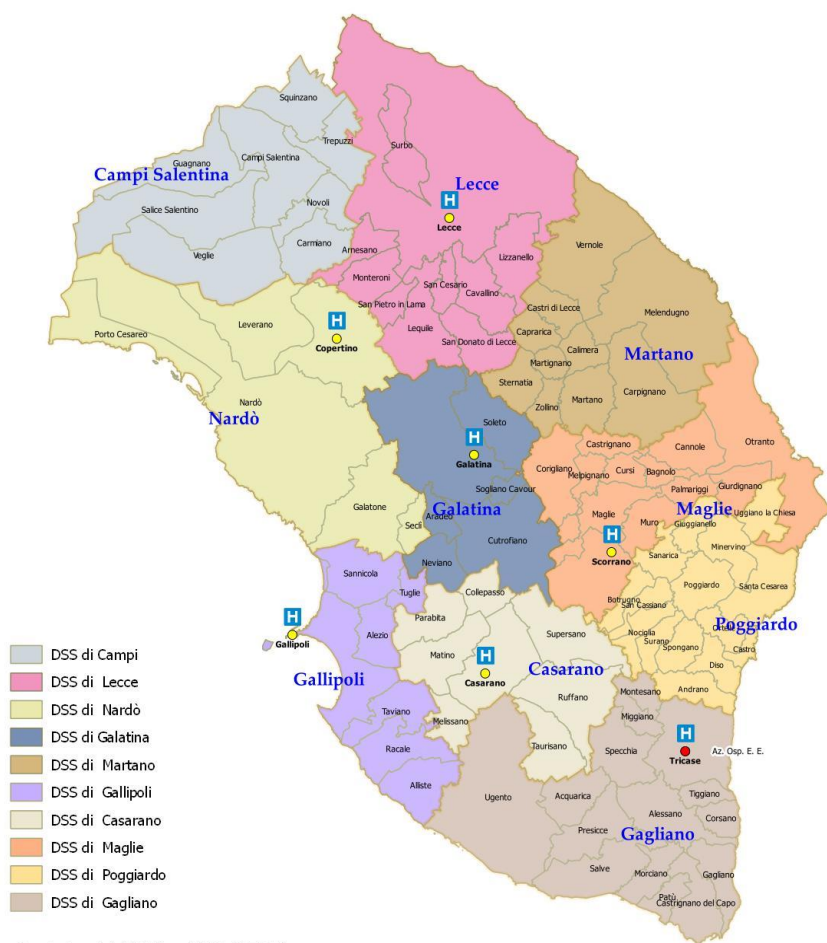
- la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali) e controllo delle malattie cronico-degenerative.
- la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- la valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche
- la sorveglianza, prevenzione, tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
- la sorveglianza e controllo su produzione, deposito, commercio e utilizzo prodotti alimentari
- l'igiene della nutrizione
- la sanità animale
- l'igiene degli alimenti di origine animale
- l'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda è così strutturato:

- Direzione Centrale
- Servizio Igiene e Sanità pubblica (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Veterinario Area A (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Veterinario Area B (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Veterinario Area C (Area Nord, Area Sud)

Mappe concettuali – Assistenza sanitaria sul territorio

La mappa evidenzia la dislocazione all'interno dei dieci Distretti Socio Sanitari delle strutture ospedaliere a gestione diretta e dell'Ente Ecclesiastico "Cardinal G. Panico"



Popolazione Istat 2014 -- Totale 807.256

Distretto	Popolazione
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI LECCE	177.083
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI POGGIARDO	45.569
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI MARTANO	49.159
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI MAGLIE	55.705
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI GALATINA	61.166
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI CASARANO	74.101
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI GALLIPOLI	74.456
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI GAGLIANO	87.218
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI CAMPI	88.817
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI NARDÒ	93.982

U.O. Controllo di gestione

La mappa riporta la dislocazione territoriale delle strutture a gestione diretta erogatrici di specialistica ambulatoriale con riferimento a:

- Poliambulatori
- Presidi Territoriali
- Specialistica ospedaliera



Poliambulatori - Presidi Terr.
● Poliambulatori
■ Presidi Territoriali
■ Specialistica Ospedaliera

U.O. Controllo di gestione

La mappa riporta la distribuzione nel territorio delle cure primarie con riferimento a :

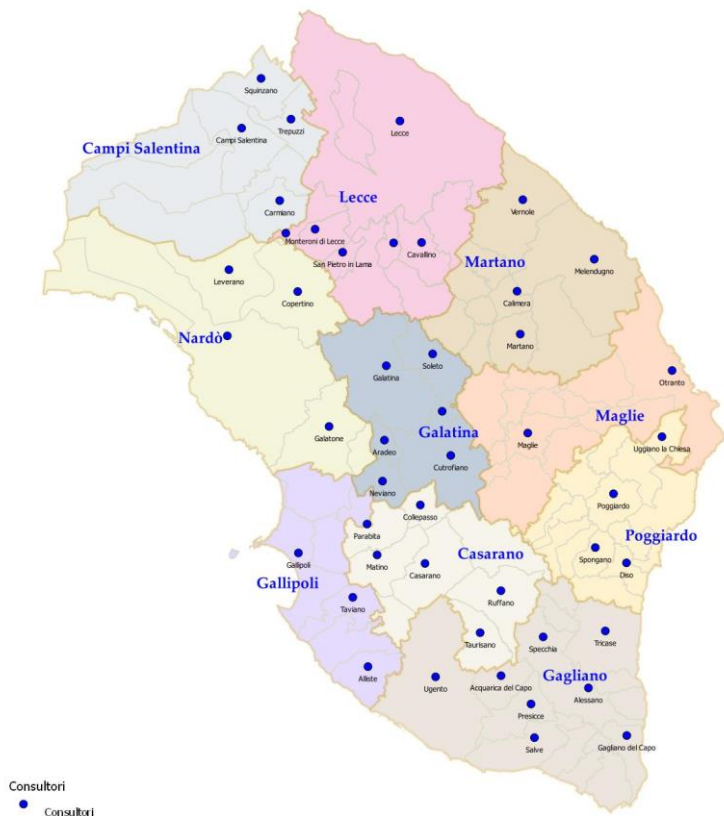
- Guardie mediche
- Medici Associati
- Centri Polifunzionali Territoriali



Guardie Mediche e Medici di Gruppo
● Guardie Mediche
■ Medici Gruppo e Supergroup
■ CPT

U.O. Controllo di gestione

Rappresentazione della rete consuloriale aziendale



La mappa rappresenta la
dislocazione territoriale delle
strutture ospedaliere pubbliche e
private



Rappresentazione dell'articolazione del
Dipartimento Emergenza/Urgenza (118) nel
territorio



5) Obiettivi Strategici

Il Piano delle Performance rappresenta in modo schematico e integrato il collegamento tra le linee programmatiche Regionali ed i livelli di programmazione aziendali, in modo di garantire una visione unitaria e facilmente comprensibile della performance attesa della ASL Lecce.

La ripartizione in obiettivi delle aree strategiche è l'elemento che caratterizza il presente Piano delle Performance e permette di delineare l'assegnazione dei diversi livelli di responsabilità di tutti i soggetti impegnati nel governo dell'Azienda.

Per tutta la dirigenza in ruolo presso l'Azienda si utilizzano obiettivi prevalenti regionali assegnati al Direttore Generale ed una sezione di obiettivi aziendali che indicano specifici target che debbono essere raggiunti nell'ambito delle potenzialità aziendali.

Gli obiettivi strategici sono riportati all'interno dell'albero delle performance esposto in precedenza.

6) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

6.1 Obiettivi delle Unità Operative ed obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Gli obiettivi strategici sono quelli definiti al massimo livello decisionale mentre quelli definiti a livello decisionale intermedio sono definiti "operativi".

Gli obiettivi strategici hanno le seguenti caratteristiche:

- sono, di norma, riferiti all'Azienda nella sua complessità;
- sono a basso indice di reversibilità;
- hanno, di norma, un arco temporale pluriennale;
- richiedono, di norma, l'apporto operativo di più aree.

Gli obiettivi operativi sono assegnati ai dirigenti o responsabili di unità organizzativa e sono utilizzati alla valutazione del personale dirigente, hanno un arco temporale annuale e la loro definizione avviene pertanto in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, nel rispetto del principio secondo il quale un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se vi è congruità tra le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati e le risorse disponibili.

Conformemente a quanto disciplinato dal D.lgs. 150/2009 la scelta degli obiettivi operativi dovrà tenere conto delle indicazioni che seguono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione aziendale, alle strategie dall'Azienda;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- che apportano un miglioramento alla qualità dei servizi erogati e agli interventi;
- riferiti ad un arco temporale determinato (di norma 1 anno);
- confrontabili temporalmente all'interno della stessa Azienda;
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi dei dirigenti o responsabili di unità organizzativa viene effettuato attraverso un sistema di indicatori di performance corrispondenti agli ambiti di valutazione.

Per ciascuno degli indicatori di performance viene definito un valore target ed un sistema di punteggio che misura il raggiungimento o lo scostamento del valore conseguito dal valore atteso.

OBIETTIVI da DM 70/2015

Obiettivi Assistenziali:

- efficacia, qualità e sicurezza delle cure
- efficienza
- centralità del paziente e umanizzazione delle cure

Azioni generali:

- Implementazione di forme alternative al ricovero
- Integrazione tra rete ospedaliera e rete dei servizi territoriali

Risultati attesi:

- Tasso di ospedalizzazione di 160/1000 ab. di cui il 25% DH
- Posti letto n.3,7 per 1000 ab. di cui 0,5 di riabilitazione e 0,2 di lungodegenza
- Indice di occupazione pl 80-90%
- Degenza media < 7 gg

OBIETTIVI DA DGR 1295/2015: “ Determinazione degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per l'anno 2015 ai fini della erogazione del trattamento economico di risultato “. (vedi scheda allegata)

OBIETTIVI DA DGR 2595/2014 - “Nuova approvazione Schema di contratto da stipularsi con i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Regionale della Puglia”:

Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al Conto Economico trimestrale.
GARANZIA DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO DELLA GESTIONE. (intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6 co.2)
RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DI BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITA' DELL'AMMINISTRAZIONE. (d.Lgs. 502/1992 s.m.i., art.3-bis, co.7))
ACQUISTO DI BENI E SERVIZI ALLE MIGLIORI CONDIZIONI DI MERCATO E RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI REGIONALI IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE DELLE ACQUISIZIONI DI LAVORI, BENI E SERVIZI CON RICORSO AL SOGGETTO AGGREGATORE. (DGR 2596/2014)
GARANZIA DELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA L.120/2007, ART.1 CO.7)
STIPULA E RISPETTO DEI CONTRATTI CON LE STRUTTURE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE (L.R. 32/2001, ART.11)
GARANZIA DEL CORRETTO, COMPLETO E TEMPESTIVO INSERIMENTO NEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO DI TUTTI I DATI ATTINENTI AI FLUSSI INFORMATIVI OBBLIGATORI NAZIONALI E REGIONALI (L.R. 4/2003, ART.32, CO.2)
CONTROLLO E MONITORAGGIO DEI COMPORTAMENTI PRESCRITTIVI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, ENTRO I LIMITI DEL BUDGET AD ESSI ATTRIBUITO. (D.LGS 502/92 S.M.I., ART. 8-OCTIES, CO.1 E 2; L.R. 4/2003, ART.36, CO.6)
ATTIVAZIONE DI INIZIATIVE PER IL MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA, AI FINI DI UNA SUA RICONDUZIONE VERSO I VALORI DI RIFERIMENTO (D.L. n. 347 del 18/09/2001 convertito in L. 405/2001; Delibera di Giunta Regionale n. 1718 del 19/11/2004)

7) Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Le redazioni del Piano della Performance è il risultato di un processo di condivisione che sulla base degli indirizzi strategici definiti dalla Direzione Generale supportata dal Collegio di Direzione, coinvolge a cascata le direzioni delle macrostrutture aziendali, le direzioni delle U.O.C., la dirigenza medica e non medica, il personale di comparto con funzioni di coordinamento, il restante personale.

7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La necessaria coerenza e l'integrazione tra il ciclo delle performance e la programmazione economico-finanziaria viene assicurata attraverso l'attività di valutazione dell'impatto economico degli obiettivi strategici ed operativi, svolta contestualmente alla fase istruttoria di redazione del Piano. Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica dello Staff Controllo di Gestione e dell'Area Gestione Risorse Finanziarie.

Nel corso dell'anno di riferimento, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo di fattori produttivi rispetto ai livelli attesi, vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo della Performance dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce sono di seguito elencate:

- Promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;
- Miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale;

SCHEDE BILANCIATE DI VALUTAZIONE

(vedi allegati)

OBIETTIVI	SOTTO-OBIETTIVI	AZIONI PREVISTE	INDICATORI	COMPETENZA	RISULTATI ATTESI
POTENZIAMENTO DELLA QUALITA', EFFICIENZA ED APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA		rapporto tra ricoveri attribuiti aDRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.B patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	REPARTI OSPEDALIERI	<=0,32
			% drg ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti in day service ai sensi della DGR n.1202/2014 e ss.mm.ii.	REPARTI OSPEDALIERI	>70%
			Potenziamento controlli sull'appropriatezza delle prestazioni e rispetto del limite percentuale dei controlli previsto dal D.M. 10/12/2009	UVAR	Δ controlli anno 2015 vs anno 2014
	RIDUZIONE DEL RICORSO AL PARTO CESAREO		% Parti cesarei	REPARTI OSPEDALIERI	<35%
	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' CLINICA DELL'ASSISTENZA		% pazienti (età 65 +) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)	REPARTI OSPEDALIERI	>=50%
	INCREMENTO DELLA COMPLESSITA' DELLA CASISTICA		Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	REPARTI OSPEDALIERI	>=38%
	INCREMENTO DELL'EFFICIENZA ASSISTENZIALE		Degenza media pre-operatoria	REPARTI OSPEDALIERI	<=1,85
GARANZIA DELL'OPERATIVITA' DEI REGISTRI TUMORI, CARDIOCHIRURGIA E MALFORMAZIONI CONGENITE			Trasmissione dei dati raccolti attraverso la compilazione di schede opportunamente predisposte da ciascu centro di coordinamento in attuazione delle previsioni di cui alle DGR di rispettiva istituzione: 1) DGR n.1500/2008 "Registro Tumori"; 2) DGR n.1409/2013 "Registro malformazioni congenite"; 3) DGR n.811/2015 "REgistro Cardiochirurgia"		si
ADEGUAMENTO REQUISITI MINIMI DEI SERVIZI TRASFUSIONALI, DELLE UNITA' RACCOLTA SANGUE E DELLE ARTICOLAZIOINI ORGANIZZATIVE	Adeguamento dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali, di cui al R.R. 15/2013 attuativo dell'accordo Stato-Regioni del 16/12/2010	Attuazione piano di adeguamento entro il 30.06.2015	Adeguamento, entro il 30/06/2015, dei requisiti minimi dei servizi trasfusionali di cui al Regolamento Regionale n.15/2013		si
	Adeguamento dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle unità di raccolta sangue e delle articolazioni organizzative di cui al R.R. 14/2012. attuativo dell'accordo Stato-Regioni del 16/12/2010	Attuazione piano di adeguamento entro il 30.06.2015	Adeguamento, entro il 30/06/2015, dei requisiti minimi delle unità di raccolta sangue e delle articolazioni organizzative di cui al Regolamento Regionale n.14/2012		si

OBIETTIVI	SOTTO-OBIETTIVI	AZIONI PREVISTE	INDICATORI	COMPETENZA	RISULTATI ATTESI
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE	ISTITUZIONE DIPARTIMENTO FARMACEUTICO E ADOZIONE SECONDO MODELLO ORGANIZZATIVO SECONDO LINEE GUIDA REGIONALI		SI/NO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	delibera di istituzione del dipartimento famraceutico e di adozione del modello organizzativo
	DEFINIZIONE PROGRAMMA TRIENNALE DI MANDATO PER CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA CON L'INDIVIDUAZIONE DEGLI STEP PER CIASCUN ANNO 2015-2016-2017		SI/NO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	invo del programma triennala di mandato all'Assessorato del Welfare
	Attuazione linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva, con monitoraggio trimestrale dell'andamento della spesa farmaceutica per ogni linea guida regionale di intervento sull'appropriatezza prescrittiva (dgr), con relazione di accompagnamento sulle inizioative poste in essere per il superamento delle criticità		SI/NO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	report trimestrali su andamento della spesa farmaceutica per ciascuna linea guida regionale - (Per il calcolo dei risultati intermedi, si terrà conto della proporzione tra n.linee guida di cui si è inviato il report/n. totale linee guida regionali)
	Addebito ai medici di medicina generale delle inapproprietezze prescrittive così come disposto dalle Dgr regionali		N.ro casi di addebito effettuati/N.ro addebiti da effettuare (L'obiettivo si intende raggiunto nel caso in cui i controlli abbiano dato esito negativo. Nel caso di inapproprietezza riscontrata, la percentuale di raggiungimento varia dall 0% al 100%)	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	report sui casi di inapproprietezza prescrittiva riscontrati (con relativa valorizzazione economica) e relativo addebito al medico prescrittore
	Programmazione centralizzata di azienda degli acquisti ospedalieri per farmaci e dispositivi medici		SI/NO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	report dei consumi per singolo plesso ospedaliro e redazione fabbisogno unico aziendale per tipologia di acquisto
	Diminuzione dei farmaci scaduti a giacenza		diminuzione della valorizzazione dei farmaci scaduti dal 2014 al 2015	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	report dei farmaci scaduti al 31/12/2014 (valorizzato) e report farmaci scaduti al 31/12/2015 (valorizzato)
	Inserimento piani terapeutici dei pazienti in Edotto		SI/NO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	report di monitoraggio dei medici inadempienti all'inserimento in Edotto del P.T. e relative azioni poste in essere per risoluzioni criticità
	ADERENZA PIANI TERAPEUTICI ALLE LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI IN MATERIA DI APPROPRIATREZZA PRESCRITTIVA		SI/NO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	report semestrale delle verifiche effettuate tra piani terapeutici inseriti e linee guida naz. e/o reg.
	Miglioramento della distribuzione diretta farmaci da parte delle strutture sanitarie di afferenza		SI/NO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	adozioni di convenzioni con le strutture sanitarie di afferenza inerenti la distribuzione dei farmaci al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi e distributivi. (per il calcolo dei risultati intermedi si terrà conto della proporzione tra n.convenzioni adottate/n. totale delle struuttore sanitarie di afferenza)
CONTENIMENTO DELLA SPESA DEL PERSONALE PER INCARICHI DI DIREZIONE O COORDINAMENTO	RISPETTO DEI PARAMETRI STANDRD DI CUI ALLE DD.GG.RR. N. 1388/2011 E N. 3008/2012	Assegnazione di un numero di strutture organizzative (S.C., S.S., P.O. e COORD.) non superiore a quello previsto nella Tab 5 allegata alla DRG n. 3008/2012	Δ % S.O. (N. Strutture Organizzative standard - N. Strutture Organizzative assegnate nell'anno 2014);	AREA GESTIONE DEL PERSONALE	Allineamento a standrs S.O. >= 99%

OBIETTIVI DA DGR 1295/2015: “Determinazione degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-

OBIETTIVI	SOTTO-OBIETTIVI	AZIONI PREVISTE	INDICATORI	COMPETENZA	RISULTATI ATTESI
Monitoraggio della spesa protesica (D.M. 332/1999)		Implementazine dell'Area Assistenza Protesica in Edotto con l'inserimento dei dati inerenti le prescrizioni dei dispositivi protesici di cui al D.M. 332/1999 relativi all'anno 2015, ivi compresi gli aggiuntivi, le riparazioni e/o sostituzioni (DGR 1295/2015)	confronto dei dati inseriti in Edotto sulla spesa protesica dell'anno 2015 con i relativi dati di spesa di cui al CE (descrizione conto: Mat.protesico fornitura diretta, Ass.za prot., Ass.za protesica tramite strutture private)	DISTRETTI	Δ Spesa Prot. CE - Spesa Prot. Edotto <= 5%
SOTTOSCRIZIONE E RISPETTO ACCORDI CONTRATTUALI CON LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	Sottoscrizione accordi contrattuali e relativa trasmissione al competente Servizio regionale, in conformità allo schema tipo contrattuale approvato -per singole tipologie di struttura- con DD.GG. RR: n. 1791/2014, 1792/2014, 1793/2014, 1794/2014, 1795/2014, 1796/2014, 1797/2014, 1798/2014, con riduzione del 2% dei tetti di spesa aziendali rispetto all'imponibile anno 2011 in adeguamento alla L.135/2012, nonchè delle ulteriori decurtazioni previste dalla DGR 1304/2013 e tenuto conto di quanto stabilito dall'art.7, comma 4 del decreto-legge n.192 del 2014 convertito in L.11/2015		QUALITATIVO SI / NO	UNITA' GESTIONI RAPPORTI CONVENZIONALI	si
	2) Corretta applicazione dei criteri fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009 e n. 1500/2010 che prevedono per case di cura, specialistica ambulatoriale e strutture di riabilitazione ex art. 26 una correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato.		Qualitativo: Determinazione fabbisogno aziendale per tipologia di prestazioni, con espressa indicazione negli accordi contattuali della tipologia e del volume delle prestazioni da acquistare (Si/NO)	UNITA' GESTIONI RAPPORTI CONVENZIONALI	si
Sistema Tessera Sanitaria	Verifica delle esenzioni ticket per il tramite del Sistema T.S. di cui al D.M. 11.12.2009 (DGR 1295/2015)	Recupero del ticket non corrisposto derivante da autocertificazioni con esito negativo	% di recupero sul totale dell'importo per la spesa specialistica sulle autocertificazioni 2012(periodo di imposta 2011)	DIREZIONI AMMINISTRATIVE E STRUTTURA LEGALE	>40%

OBIETTIVI	SOTTO-OBIETTIVI	AZIONI PREVISTE	INDICATORI	COMPETENZA	RISULTATI ATTESI
ATTUAZIONE PROGRAMMI DI SCREENING		Chiamata attiva ai test di screening di primo livello, in un programma organizzato per: 1) cervice uterina;	N.ro donne (25-64 anni) che hanno ricevuto l'invito/N.ro di donne residenti (25-64 anni) : 3	DISTRETTI/U.O. DI RADIODIAGNOSTICA	>=30%
			N.ro donne (25-64 anni) che hanno effettuato un pap test/N.ro di donne che hanno ricevuto l'invito (25-64 anni)	DISTRETTI/U.O. DI RADIODIAGNOSTICA	>=50%
		2) mammella;	N.ro donne (50-69 anni) che hanno ricevuto l'invito/N.ro di donne residenti (50-69 anni) : 2	U.O. DI RADIODIAGNOSTICA	>=30%
			N.ro donne (50-69 anni) che hanno effettuato una mammografia/N.ro di donne che hanno ricevuto l'invito (50-69 anni)	U.O. DI RADIODIAGNOSTICA	>=30%
		3) colon - retto	N.ro di soggetti (50-69 anni) che hanno ricevuto l'invito/N.ro di residenti (50-70 anni) : 2	U.O. DI RADIODIAGNOSTICA	>=10%
			N.ro di soggetti che hanno effettuato il SOF (50-69 anni) /N.ro di donne che hanno ricevuto l'invito (50-69 anni)	U.O. DI RADIODIAGNOSTICA	>=15%
SICUREZZA ALIMENTARE	IMPLEMENTAZIONE DELLO STANDERD DI FUNZIONAMENTO E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO UFFICIALE DA PARTE DELLE AUTORITA' COMPETENTI IN MATERIA DI SICUREZZA DEGLI ALIMETI E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA AI SENSI DELL'INTESA STATO REGIONI DEL 07/02/2013	a) Formazione e addestramento del personale addetto al Controllo Ufficiale in conformità ai percorsi formativi 1 e 2 previsti al capitolo 2 dello standard di Funzionamento dell'Intesa Stato -Regioni del 07/02/2013	% del Personale addetto al Controllo Ufficiale formato al 31/12/2015 nei percorsi formativi 1 e 2 previsti al capitolo 2 dello Standard di Funzionamento dell'Intesa Stato-Regioni del 07/02/2013	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	>= 50%
		b) Anagrafe degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) registrati ai sensi dell'art.6 Reg. CE 852/04	Costituzione e/o implementazione di una Anagrafe degli Operatori del Settore Alimentare (OSA): a. Condivisa tra i Servizi competenti in materia; b) Aggiornata; c. Disponibile agli addetti al C.U. su supporto informatico;	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	si
		c)Predisposizione e invio dei Piani di azioni correttive relativi ad eventuali Osservazioni/Raccomandazioni rilevate in corso di Audit condotti da Autorità competenti di livello superiore. Accettazione dei Piani di azione da parte dell'A.C superiore auditante.	1. Invio alla Regione dei rapporti di chiusura (MOD07PRO04) di tutti i rilievi di Audit nei tempi e nelle modalità previste; 2. Accettazione da parte dell'QA.C. superiore auditante dei Piani di azione ASL. 3) Attuazione delle azioni proposte ai fini della chiusura dei rilievi di audit nei tempi e nelle modalità stabilite (MOD07PRO04).	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	si
		d) Progettazione di un Sistema di Gestione Dipartimentale dei Controlli Ufficiale in materia di Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria in conformità allo standard di Funzionamento di cui all'intesa Stato Regioni del 07/02/2013	Invio alla Regione del progetto del Sistema di Gestione dipartimentale ai sensi del punto 4.7 dello Standard di Funzionamento di cui all'intesa Stato Regioni del 07/02/2013.	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	si
RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO DEI FORNITORI			Indice di tempestività dei pagamenti (ITP)	AREA RISORSE FINANZIARIE	0 gg<ITP< 29,9 gg Obiettivo raggiunto 30 gg <ITP<59,9 gg Obiettivo parzialmente raggiunto; ITP>60 gg obiettivo non raggiunto

OBIETTIVI	SOTTO-OBIETTIVI	AZIONI PREVISTE	INDICATORI	COMPETENZA	RISULTATI ATTESI
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E SANITARIA	a) Potenziamento dell'assistenza ambulatoriale, domiciliare e territoriale, anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 916/2010;		a)Aumento nell'anno 2015, del 10% delle prestazioni ambulatoriali, domiciliari e territoriali (verifica al 31/12/2015 rispetto al 2014);		
	b) Presa in carico degli internati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario dimissibili;		b)100% di utenti dimissibili presi in carico;	DSM	
	c) Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale, e domiciliare, anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012;		c)Aumento nell'anno 2015, del 10% delle prestazioni di assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale, domiciliare (verifica al 31/12/2015 rispetto al 2014);	DSM	
	d)Riabilitazione dell'utenza psichiatrica e/o con dipendenza da sostanze o comportamenti, attraverso percorsi di reinserimento socio-lavorativo realizzati in integrazione con gli Ambiti sociali ed i centri per l'impiego, nell'ambito del programma regionale per l'inclusione sociale attiva "i cantieri di cittadinanza in Puglia"		d)Collaborazione attiva con almeno il 50% degli ambiti sociali per Asl.	DSM	
INSERIMENTO DATI DEL PERSONALE SSR IN EDOTTO		Conferimento ed aggiornamento dei dati del personale nell'Area Dotazioni organiche in Edotto	Completamento inserimento dati del personale in EDOTTO		completamento (si/no)
ADOZIONE SISTEMI DI CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI (ALPI) E RELATIVO TARIFFARIO (DGR 1295/2015)	ADOZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI IN ALPI		si/no - ADOZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO		si
	CONTROLLO DEI VOLUMI E DEI TEMPI DELLE PRESTAZIONI IN ALPI		schede trimestrali di monitoraggio del volume e tempi di erogazione delle prestazioni ALPI rispetto a quelle istituzionali per ciascun operatore		INVIO TRIMESTRALE ALLA REGIONE DELLE SCHEDE DI MONITORAGGIO DEI VOLUMI E DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ALPI
	ATTIVAZIONE DI CONTABILITA' SEPARATAT ALPI		si/no - contabilità separata ALPI		PRESENZA DEL BILANCIO ECONOMICO SEPARATO PER L'ATTIVITA' ALPI ALLEGATO AL BILANCIO ANNUALE
	TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI IN ALPI CON EVIDENZA DELLA CONGRUITA' DELLA QUOTA DELLA TARIFFA A FAVORE DELL'AZIENDA PER LA COPERTURA DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI, COME DERIVATA DAI CONTI DELLA CONTABILITA' SEPARATA		si/no - Tariffario delle prestazioni in ALPI		DELIBERA DEL DG DEL NUOVOTARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI IN ALPI

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUI TO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
INCREMENTO DELL'EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO GIORNATE DI DEGENZA	degenza media ricoveri ordinari			< = A VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	GARANTIRE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER DEGENTI TENDENZIALMENTE ENTRO 24 h DALLA RICHIESTA	consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100;			90%	> = 90%	80% - 89%		< 80%
	CONTENIMENTO N° E COSTI ESAMI DI RADIODIAGNOSTICA E DI LABORATORIO PER DEGENTI	costo esami radiodiagnostica richiesti / n° ricoveri (ordinari + DH)			<= COSTO MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
		costo esami patologia clinica richiesti / n° ricoveri (ordinari + accessi in DH)			<= COSTO MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E ALLE ORE DI SPECIALISTICA PER BRANCA (OBIETTIVO OPERATIVO)	PRESTAZIONI / ORE PER BRANCA			VALORE MEDIO AZIENDALE PER BRANCA	> = VALORE MEDIO PER BRANCA	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA(DGR 1213/2014, DGR 2595/2014)	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA TRAMITE USO APPROPRIATO DEI FARMACI IN ASSISTENZA OSPEDALIERA/DIMISSIONE E A PARITA' DI INDICAZIONE TERAPEUTICA, PRIVILEGIARE MOLECOLE CON RAPPORTO COSTO/EFFICACIA PIU' FAVOREVOLE	dosi definite die/giornate di degenza +accessi dh			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
		consumo farmaci per punto drg			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	PUNTUALE COMPILAZIONE E CHIUSURA DELLE SCHEDE MONITORAGGIO AIFA ENTRO LA SCADENZA PREVISTA DAGLI ACCORDI NEGOZIALI	schede monitoraggio AIFA compilate e chiuse / totale schede monitoraggio AIFA *100			100%	100%			< 100%
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N. 2713/2014. INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2595/2014)	CONFERIMENTO DATI DEI RICOVERI SU SISTEMA EDOTTO	SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 3/2014) / totale SDO * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SPECIALISTICA SU GESTIONALI E/O EDOTTO	impegnative chiuse su gestionale SGP nei termini prestabiliti (DGR 3/2014) / totale impegnative * 100.			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabiliti per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE IN EROGAZIONE DIRETTA	prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta registrate su Edotto / totale prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DEI PT	piani terapeutici registrati in in edotto/totale piani*100			100%	100%	99% - 100%		
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DEI DATI AREA APPLICATIVA "GRAVIDANZA E NASCITA"	schede inserite su Edotto/totale schede prodotte *100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									

REPARTI DI DEGENZA DIP MEDICO

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUI TO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	n. operatori che hanno seguito percorsi formativi programmati dall'u.o. / n. dipendenti assegnati all'u.o. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
INNOVAZIONE E SVILUPPO									
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME DELLA RETE ONCOLOGICA	ATTUAZIONE PROTOCOLLI OPERATIVI PER G.I.P. PREVISTI NELLA ROL (RETE ONCOLOGICA LECCESE)	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME DELLA RETE IMA-SCA	ATTUAZIONE RETE IMA/SCA	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME PERCORSO NASCITA	INTERAZIONE CON I DISTRETTI NELLA ATTUAZIONE DEL PERCORSO NASCITA	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
APPROPRIATEZZA									
MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO PERCORSI ASSISTENZIALI ALTERNATIVI AL RICOVERO - (ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO DAY SERVICE DGR 433/2011, 2863/2011 e 1789/2012).	(N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2014 / N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2013) * 100			> 20% SU 2013	> 20%	15% - 20%	10% - 14%	< 10%
	POTENZIAMENTO APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	rapporto tra ricoveri attribuiti aDRG ad alto rischio di inappropriatazza (all.B patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - Form.:(N. dimessi con DRG LEA/ N.dimessi con DRG non LEA) (DGR 1295/2015)			<=0,32	< = 0,32	0,32 - 0,39	> 0,39 in diminuzione	> 0,39 in aumento
		% drg ad alto rischio di inappropriatazza trasferiti in day service ai sensi della DGR n.1202/2014 e ss.mm.ii. - Form.: (N. prestazioni in Day Service/ N. prestazioni in regime di ricovero ord. O diurno) (DGR 1295/2015)			70%	>= 70%	50% - 70%	< 50% in aumento	< 50% in diminuzione
		n° ricoveri in DH con finalita' diagnostiche su anno precedente;			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	RIDUZIONE RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI (0 - 1- 2 giorni) AL NETTO DELLE AMMISSIONI IN URGENZA DA PRONTO SOCCORSO SENZA CONSENSUA DEL REPARTO ACCETTANTE	(n° ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2- giorni)(al netto delle ammissioni in urgenza da pronto soccorso senza consulenza del reparto accettante) / n° ricoveri ordinari medici) * 100			< = VALORE MEDIO DRG ORDINARI PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO DRG PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
QUALITA' DEL SERVIZIO									
ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE			SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	99% - 90%	89% - 70%	< 70%
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ CLINICA DELL'ASSISTENZA	RIDUZIONE RICOVERI RIPETUTI	n° ricoveri ripetuti stessa mdc entro 30 gg dalla dimissione			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
GESTIONE DEL RICHILO CLINICO									
LEGGIBILITA' E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	IMPLEMENTAZIONE DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA	valutazione formale del Responsabile del Rischio, espressa in percentuale per presidio ospedaliero, sulla base dei documenti campionati.			90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%
	TRACCIABILITA' ANNOTAZIONI E CONSULENZE IN CARTELLA CLINICA				90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%
CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	IMPLEMENTAZIONE CHECK LIST OPERATORIA								
	IMPLEMENTAZIONE CHECK LIST TRASFUSIONALE								
PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE PREVENZIONE ICA				90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%
MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	agende per priorita' / agende totali			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUI TO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
INCREMENTO DELL'EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO GIORNATE DI DEGENZA	degenza media ricoveri ordinari			< = A VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	CONTENIMENTO GIORNATE DI DEGENZA PREOPERATORIA (DGR 1295/2015)	degenza media preoperatoria			< = A VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	GARANTIRE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER DEGENTI TENDENZIALMENTE ENTRO 24 h DALLA RICHIESTA	consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100;			90%	> = 90%	80% - 89%		< 80%
	CONTENIMENTO N° E COSTI ESAMI DI RADIOLOGICA E DI LABORATORIO PER DEGENTI	costo esami radiodiagnostica richiesti / n° ricoveri (ordinari + DH)			<= COSTO MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
		costo esami patologia clinica richiesti / n° ricoveri (ordinari + accessi in DH)			<= COSTO MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E ALLE ORE DI SPECIALISTICA PER BRANCA (OBIETTIVO OPERATIVO)	PRESTAZIONI / ORE PER BRANCA			VALORE MEDIO AZIENDALE PER BRANCA	> = VALORE MEDIO PER BRANCA	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA(DGR 1213/2014, DGR 2595/2014)	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA TRAMITE USO APPROPRIATO DEI FARMACI IN ASSISTENZA OSPEDALIERA/DIMISSIONE E A PARITA' DI INDICAZIONE TERAPEUTICA, PRIVILEGIARE MOLECOLE CON RAPPORTO COSTO/EFFICACIA PIU' FAVOREVOLE	dosi definite die/giornate di degenza +accessi dh			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
		consumo farmaci per punto drg			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	PUNTUALE COMPILAZIONE E CHIUSURA DELLE SCHEDE MONITORAGGIO AIFA ENTRO LA SCADENZA PREVISTA DAGLI ACCORDI NEGOZIALI	schede monitoraggio AIFA compilate e chiuse / totale schede monitoraggio AIFA *100			100%	100%			< 100%
AUMENTO DI COMPETITIVITA'									
INCREMENTO DELLA COMPLESSITÀ DELLA CASISTICA (DGR 1295/2015)	MIGLIORAMENTO COMPLESSITA' DEI CASI TRATTATI IN RICOVERO ORDINARIO	% RICOVERI CON drg CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SUL TOTALE DEI RICOVERI ORDINARI >= 38%							
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N. 2713/2014. INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2596/2014)	CONFERIMENTO DATI DEI RICOVERI SU SISTEMA EDOTTO	SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 3/2014) / totale SDO * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SPECIALISTICA SU GESTIONALI E/O EDOTTO	impegnative chiuse su gestionale SGP nei termini prestabiliti (DGR 3/2014) / totale impegnative * 100.			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabilite per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE IN EROGAZIONE DIRETTA	prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta registrate su Edotto / totale prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DEI PT	piani terapeutici registrati in in edotto/totale piani*100			100%	100%	99% - 100%		

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUI TO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DEI DATI AREA APPLICATIVA "GRAVIDANZA E NASCITA"	schede inserite su Edotto/totale schede prodotte *100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	n. operatori che hanno seguito percorsi formativi programmati dall'u.o. / n. dipendenti assegnati all'u.o. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
INNOVAZIONE E SVILUPPO									
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME DELLA RETE ONCOLOGICA	ATTUAZIONE PROTOCOLLI OPERATIVI PER G.I.P. PREVISTI NELLA ROL (RETE ONCOLOGICA LECCESE)	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME DELLA RETE IMA-SCA	ATTUAZIONE RETE IMA/SCA	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME PERCORSO NASCITA	INTERAZIONE CON I DISTRETTI NELLA ATTUAZIONE DEL PERCORSO NASCITA	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
APPROPRIATEZZA									
MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO PERCORSI ASSISTENZIALI ALTERNATIVI AL RICOVERO - (ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO DAY SERVICE DGR 433/2011, 2863/2011 e 1789/2012).	(N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2014 / N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2013) * 100			> 20% SU 2013	> 20%	15% - 20%	10% - 14%	< 10%
	POTENZIAMENTO APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	rapporto tra ricoveri attribuiti aDRG ad alto rischio di inapproprietezza (all.B patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario - Form.:(N. dimessi con DRG LEA/ N.dimessi con DRG non LEA) (DGR 1295/2015)			<=0,32	< = 0,32	0,32 - 0,39	> 0,39 in diminuzione	> 0,39 in aumento
		% drg ad alto rischio di inapproprietezza trasferiti in day service ai sensi della DGR n.1202/2014 e ss.mm.ii. - Form.: (N. prestazioni in Day Service/ N. prestazioni in regime di ricovero ord. O diurno) (DGR 1295/2015)			70%	>= 70%	50% - 70%	< 50% in aumento	< 50% in diminuzione
		n° ricoveri in DH con finalita' diagnostiche su anno precedente;			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	RIDUZIONE RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI (0 - 1- 2 giorni) AL NETTO DELLE AMMISSIONI IN URGENZA DA PRONTO SOCCORSO SENZA CONSULENZA DEL REPARTO ACCETTANTE	(n° ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2- giorni)(al netto delle ammissioni in urgenza da pronto soccorso senza consulenza del reparto accettante) / n° ricoveri ordinari medici) * 100			< = VALORE MEDIO DRG ORDINARI PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO DRG PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
	RIDUZIONE DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI	(n° dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / n° dimessi da reparti chirurgici) *100.			< = VALORE MEDIO DRG ORDINARI PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO DRG PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
QUALITA' DEL SERVIZIO									
ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE			SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	99% - 90%	89% - 70%	< 70%

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUI TO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ CLINICA DELL'ASSISTENZA	FRATTURA DEL FEMORE: TEMPESTIVITA' DELL'INTERVENTO PER OVER 65 ANNI ENTRO UN INTERVALLO DI TEMPO DI 0-2 GG (DGR 1295/2015)	% pazienti (età 65 +) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti) -Form.: (Casi con diagnosi principale di frattura del femore con degenza preoperatoria fra 0 e2 giorni, inclusi gli estremi/ Num. dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore)			>= 50%	>= 50%	40% - 50%	< 40% in aumento	< 40% in aumento
	RIDUZIONE RICOVERI RIPETUTI	n° ricoveri ripetuti stessa mdc entro 30 gg dalla dimissione			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
GESTIONE DEL RICHIO CLINICO									
LEGGIBILITA' E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	IMPLEMENTAZIONE DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA	valutazione formale del Responsabile del Rischio, espressa in percentuale per presidio ospedaliero, sulla base dei documenti campionati.			90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%
	TRACCIABILITA' ANNOTAZIONI E CONSULENZE IN CARTELLA CLINICA				90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%
CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	IMPLEMENTAZIONE CHECK LIST OPERATORIA								
	IMPLEMENTAZIONE CHECK LIST TRASFUSIONALE								
PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISSTENZA	IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE PREVENZIONE ICA				90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%
MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	agende per priorita' / agende totali			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUI TO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
INCREMENTO DELL'EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO GIORNATE DI DEGENZA	degenza media ricoveri ordinari			< = A VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	CONTENIMENTO GIORNATE DI DEGENZA PREOPERATORIA (DGR 1295/2015)	degenza media preoperatoria			< = A VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	GARANTIRE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER DEGENTI TENDENZIALMENTE ENTRO 24 h DALLA RICHIESTA	consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100;			90%	> = 90%	80% - 89%		< 80%
	CONTENIMENTO N° E COSTI ESAMI DI RADIOLOGICA E DI LABORATORIO PER DEGENTI	costo esami radiodiagnostica richiesti / n° ricoveri (ordinari + DH)			<= COSTO MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
		costo esami patologia clinica richiesti / n° ricoveri (ordinari + accessi in DH)			<= COSTO MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E ALLE ORE DI SPECIALISTICA PER BRANCA (OBIETTIVO OPERATIVO)	PRESTAZIONI / ORE PER BRANCA			VALORE MEDIO AZIENDALE PER BRANCA	> = VALORE MEDIO PER BRANCA	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA(DGR 1213/2014, DGR 2595/2014)	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA TRAMITE USO APPROPRIATO DEI FARMACI IN ASSISTENZA OSPEDALIERA/DIMISSIONE E A PARITA' DI INDICAZIONE TERAPEUTICA, PRIVILEGIARE MOLECOLE CON RAPPORTO COSTO/EFFICACIA PIU' FAVOREVOLE	dosi definite die/giornate di degenza +accessi dh			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
		consumo farmaci per punto drg			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	PUNTUALE COMPILAZIONE E CHIUSURA DELLE SCHEDE MONITORAGGIO AIFA ENTRO LA SCADENZA PREVISTA DAGLI ACCORDI NEGOZIALI	schede monitoraggio AIFA compilate e chiuse / totale schede monitoraggio AIFA *100			100%	100%			< 100%
AUMENTO DI COMPETITIVITA'									
INCREMENTO DELLA COMPLESSITÀ DELLA CASISTICA (DGR 1295/2015)	MIGLIORAMENTO COMPLESSITA' DEI CASI TRATTATI IN RICOVERO ORDINARIO	% RICOVERI CON drg CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SUL TOTALE DEI RICOVERI ORDINARI			>= 38%				
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N. 2713/2014. INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2596/2014)	CONFERIMENTO DATI DEI RICOVERI SU SISTEMA EDOTTO	SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 3/2014) / totale SDO * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SPECIALISTICA SU GESTIONALI E/O EDOTTO	impegnative chiuse su gestionale SGP nei termini prestabiliti (DGR 3/2014) / totale impegnative * 100.			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabiliti per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE IN EROGAZIONE DIRETTA	prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta registrate su Edotto / totale prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DEI PT	piani terapeutici registrati in in edotto/totale piani*100			100%	100%	99% - 100%		

REPARTI DI DEGENZA - DIP MATERNO-INFANTILE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUI TO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DEI DATI AREA APPLICATIVA "GRAVIDANZA E NASCITA"	schede inserite su Edotto/totale schede prodotte *100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	n. operatori che hanno seguito percorsi formativi programmati dall'u.o. / n. dipendenti assegnati all'u.o. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
INNOVAZIONE E SVILUPPO									
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME DELLA RETE ONCOLOGICA	ATTUAZIONE PROTOCOLLI OPERATIVI PER G.I.P. PREVISTI NELLA ROL (RETE ONCOLOGICA LECCESE)	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME DELLA RETE IMA-SCA	ATTUAZIONE RETE IMA/SCA	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME PERCORSO NASCITA	INTERAZIONE CON I DISTRETTI NELLA ATTUAZIONE DEL PERCORSO NASCITA	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
APPROPRIATEZZA									
MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO PERCORSI ASSISTENZIALI ALTERNATIVI AL RICOVERO - (ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO DAY SERVICE DGR 433/2011, 2863/2011 e 1789/2012).	(N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2014 / N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2013) * 100			> 20% SU 2013	> 20%	15% - 20%	10% - 14%	< 10%
	POTENZIAMENTO APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	rapporto tra ricoveri attribuiti aDRG ad alto rischio di inapproprietezza (all.B patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario - Form.:(N. dimessi con DRG LEA/ N.dimessi con DRG non LEA) (DGR 1295/2015)			<=0,32	< = 0,32	0,32 - 0,39	> 0,39 in diminuzione	> 0,39 in aumento
		% drg ad alto rischio di inapproprietezza trasferiti in day service ai sensi della DGR n.1202/2014 e ss.mm.ii. - Form.: (N. prestazioni in Day Service/ N. prestazioni in regime di ricovero ord. O diurno) (DGR 1295/2015)			70%	>= 70%	50% - 70%	< 50% in aumento	< 50% in diminuzione
		n° ricoveri in DH con finalita' diagnostiche su anno precedente;			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
	RIDUZIONE RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI (0 - 1- 2 giorni) AL NETTO DELLE AMMISSIONI IN URGENZA DA PRONTO SOCCORSO SENZA CONSULENZA DEL REPARTO ACCETTANTE	(n° ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2- giorni)(al netto delle ammissioni in urgenza da pronto soccorso senza consulenza del reparto accettante) / n° ricoveri ordinari medici) * 100			< = VALORE MEDIO DRG ORDINARI PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO DRG PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
	RIDUZIONE DEL RICORSO AL PARTO CESAREO (DGR 1295/2015)	(dimesse con parto cesareo/totale dimesse per parto)*100			< 35%	< 35%	35% - 40%	> 40% in diminuzione	> 40% in aumento
	RIDUZIONE DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI	(n° dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / n° dimessi da reparti chirurgici) *100.			< = VALORE MEDIO DRG ORDINARI PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO DRG PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,1	> 0,1 in diminuzione	> 0,1 in aumento
QUALITA' DEL SERVIZIO									
ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE			SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	99% - 90%	89% - 70%	< 70%

						SISTEMA DI VALUTAZIONE					
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUI TO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)		
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ CLINICA DELL'ASSISTENZA	RIDUZIONE RICOVERI RIPETUTI	n° ricoveri ripetuti stessa mdc entro 30 gg dalla dimissione			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento		
GESTIONE DEL RICHIO CLINICO											
LEGGIBILITA' E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	IMPLEMENTAZIONE DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA	valutazione formale del Responsabile del Rischio, espressa in percentuale per presidio ospedaliero, sulla base dei documenti campionati.			90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%		
	TRACCIABILITA' ANNOTAZIONI E CONSULENZE IN CARTELLA CLINICA				90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%		
CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	IMPLEMENTAZIONE CHECK LIST OPERATORIA										
	IMPLEMENTAZIONE CHECK LIST TRASFUSIONALE										
PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISSTENZA	IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE PREVENZIONE ICA				90%	90%	80% - 89%	60% - 79%	< 60%		
MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE											
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'		agende per priorita' / agende totali				50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

DISTRETTI SOCIO-SANITARI

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamen to minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E ALLE ORE DI SPECIALISTICA PER BRANCA (OBIETTIVO OPERATIVO)	prestazioni/ore per branca			VALORE MEDIO AZIENDALE PER BRANCA	> = VALORE MEDIO PER BRANCA	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
GOVERNO DEI CONSUMI E DELLA DOMANDA									
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE (DGR 1213/2014, DGR 2595/2014, DGR 1295/2015 DGR 867/2015)		spesa farmaceutica convenzionata							
	CONTROLLO SU MMG E PLS DI ADERENZA AI PROVVEDIMENTI REGIONALI DI APPROPRIATEZZA E CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE (ES. STATINE, SARTANI, BIOSIMILARI, ANTIBIOTICI, ALBUMINA, OSSIGENO, IPP, EPARINE, PIANI TERAPEUTICI, ETC.)	riduzione gap spesa farmaceutica territoriale (convenzionata + erogazione diretta) anno 20_ e 11,78% previsto dal DIEF 2014-2015			Riduzione 70% gap spesa farmaceutica territoriale aziendale anno 20–e 11,78% previsto dal DIEF 2014-2015	> = 70%	60% - 70%		< 60%
	Monitoraggio della spesa protesica (D.M. 332/1999) tramite l'implementazine dell'Areaa Assistenza Protesica in Edotto con l'inserimento dei dati inerenti le prescrizioni dei dispositivi protesici di cui al D.M. 332/1999 relativi all'anno 2015, ivi compresi gli aggiuntivi, le riparazioni e/o sostituzioni (DGR 1295/2015)	confronto dei dati inseriti in Edotto sulla spesa protesica dell'anno 2015 con i relativi dati di spesa di cui al CE (descrizione conto: Mat.protesico fornitura diretta, Ass.za prot., Ass.za protesica tramite strutture private)			Δ Spesa Prot. CE - Spesa Proot. Edotto ≤ 5%				
	Addebito ai medici di medicina generale delle inappropriatezze prescrittive così come disposto dalle Dgr regionali	report sui casi di inappropriatezza prescrittiva riscontrati (con relativa valorizzazione economica) e relativo addebito al medico prescrittore			N.ro casi di addebito effettuati/N.ro addebiti da effettuare (L'obiettivo si intende raggiunto nel caso in cui i controlli abbiano dato esito negativo. Nel caso di inappropriatezza riscontrata, la percentuale di raggiungimento varia dall 0% al 100%)				
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU GESTIONALI	IMPEGNATIVE CHIUSE SU GESTIONALE SGD NEI TERMINI PRESCRITTI			100%	100%	99% - 100%	Se < a 99%	
		REGISTRAZIONE SU EDOTTO ATTIVITA' ADI, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE NEI TERMINI PRESCRITTI			100%	100%	99% - 100%	Se < a 99%	

DISTRETTI SOCIO-SANITARI

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamen- to minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N. 2713/2014. INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2595/2014)	CONFERIMENTO DATI SU SISTEMA EDOTTO	AGGIORNAMENTO ANAGRAFICHE (ASSISTITI, ESENZIONI, MEDICI PRESCRITTORI)			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		AGGIORNAMENTO SU EDOTTO ASSOCIAZIONE MEDICO RICETTARIO			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		REGISTRAZIONE SU EDOTTO DELL'ASSISTENZA PROTESICA			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		REGISTRAZIONE MENSILE SU EDOTTO DATI RELATIVI A MMG E PDLS, CA E MEDICINA DEI SERVIZI, ASS.ZA SPECIALISTICA INTERNA.			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	ATTESTAZIONE MENSILE DELLA ADEMPIENZA QUALI-QUANTITATIVA DEL DEBITO INFORMATIVO " DISTRIBUZIONE DIRETTA OLT" E ASSENSO AL CARICAMENTO DEI FLUSSI SU EDOTTO CONFERITI DALLE DITTE ACCREDITATE NELLA PIATTAFORMA SGD	INVIO MENSILE DELL'ATTESTAZIONE E DELL'ASSENSO ALL'AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO			100%	100%	99% - 100%		
	SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE								
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	n. operatori che hanno seguito percorsi formativi programmati dall'u.o. / n. dipendenti assegnati all'u.o. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
INNOVAZIONE E SVILUPPO									
COMPLETAMENTO E MESSA A REGIME PERCORSO NASCITA	Attivazione dei punti territoriali del percorso nascita;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
	Adozione di protocolli diagnostico-terapeutici-assistenziali distinti tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
	Offerta attiva e Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN);	N° UTENTI CHE HANNO AVVIATO NELL'ANNO IL CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA			> 20% SU 2013	> 20%	15% - 20%	10% - 14%	< 10%
	Adozione del “Libretto della gravidanza” che accompagnerà la donna nel percorso assistenziale territorio – ospedale – territorio;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
	Adozione di percorsi integrati ospedale-territorio per le dimissioni precoci, l’assistenza domiciliare post partum e la pronta presa in carico del neonato da parte della pediatria di libera scelta;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
	Attivazione presso ogni Consultorio Familiare dello “Spazio 0 – 1 anno” per i neo-genitori in collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta;	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
APPROPRIATEZZA									
MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA (DGR 1213/2014).	ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO PERCORSI ASSISTENZIALI ALTERNATIVI AL RICOVERO -(ATTIVAZIONE / POTENZIAMENTO DAY SERVICE DGR 433/2011, 2863/2011 e 1789/2012).	(N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2014 / N° ASSISTITI IN DAY SERVICE 2013) * 100			> 20% SU 2013	> 20%	15% - 20%	10% - 14%	< 10%

DISTRETTI SOCIO-SANITARI

OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	SISTEMA DI VALUTAZIONE			
						Valore normale (9)	Scostamen to minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
POTENZIAMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE	AUMENTO COPERTURA % POPOLAZIONE ANZIANA IN ADI	(residenti >= 65 anni in ADI / totale residenti > = 65 anni) * 100			=> 3,5%	=> 3,5%	3% - 3,4%	< 3% in aumento	< 3% in diminuzione
	PIENO SVILUPPO DEGLI INTERVENTI PROGRAMMATI NEI PIANI DI ZONA	n° progetti realizzati/n° progetti programmati * 100			100%	100%	80% - 99%	70% - 79%	< 70%
QUALITA' DEL SERVIZIO									
ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE			SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	99% - 90%	89% - 70%	< 70%
MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	agende per priorita' / agende totali			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
	ASSICURARE PIENA E PUNTUALE PARTECIPAZIONE ALL'UVM	casi valutati in UVM entro 20 gg giorni dalla richiesta/totale casi valutati			100%	100%	90% - 99%	< 90% in aumento	< 90% in diminuzione
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
ATTUAZIONE PROGRAMMI DI SCREENING (DGR 1295/2015)	CHIAMATA ATTIVA AL TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO, IN UN PROGRAMMA ORGANIZZATO, PER CERVICE UTERINA	N.ro donne (25-64 anni) che hanno ricevuto l'invito/N.ro di donne residenti (25-64 anni) : 3			>= 30%				
		N.ro donne (25-64 anni) che hanno effettuato un pap test/N.ro di donne che hanno ricevuto l'invito (25-64 anni)			>= 50%				

AREA FUNZIONALE LAB. ANALISI

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
INCREMENTO DELL'EFFICIENZA ASSISTENZIALE	GARANTIRE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER DEGENTI TENDENZIALMENTE ENTRO 24 h DALLA RICHIESTA	consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100;			90%	> = 90%	80% - 89%		< 80%
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' LABORATORI ANALISI	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO IN RAPPORTO AL PERSONALE IN DOTAZIONE	PRESTAZIONI EQUIVALENTI / PERSONALE EQUIVALENTE (salvo personale impegnato in turni di guardia attiva notturna e festiva)			VALORE MEDIO AZIENDALE	> = VALORE MEDIO	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
CONTENIMENTO DELLA SPESA PER MATERIALE SANITARIO E DIAGNOSTICO	OTTIMIZZAZIONE DEL CONSUMO DI BENI SANITARI	Verifica trimestrale sulle scorte di magazzino e comunicazione a, Controllo di gestione, approvvigionamenti solo al raggiungimento di livelli minimi e per quantitativi stabiliti	SI		SI	SI			NO
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N. 2713/2014. INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2595/2014)	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SPECIALISTICA SU GESTIONALI E/O EDOTTO	impegnative chiuse su gestionale SGP nei termini prestabiliti (DGR 2713/2014) / totale impegnative * 100.			100%	100%		90%-99%	Se < a 90%
		consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabilite per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100			100%	100%		99%-100%	Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	n. operatori che hanno seguito percorsi formativi programmati dall'u.o. / n. dipendenti assegnati all'u.o. *100			>= 50%	>= 50%		20% - 49%	< 20%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
QUALITA' DEL SERVIZIO									
ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE			SCHEDA ALLEGATA		100%	SI			NO
ASSICURARE SPECIFICHE DI QUALITA' ANALITICA DESIDERABILI/OTTIMALI PER PROCESSI DECISIONALI CLINICI	ESTENSIONE DI CQI E VEQ A PRESTAZIONI EROGATE	NUM. PRESTAZIONI SOGGETTE A CQI E VEQ	SI			>90% CQI >80% VEQ	80%-89%% CQI 70%-79%% VEQ	70%-79% CQI 60%-69%% VEQ	<70% CQI <60% VEQ
MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA RICHIESTA PRESTAZIONI PER INTERNI IN URGENZA E ROUTINE	ATTIVAZIONE E D APPLICAZIONI DI PDTA CONDIVISI CON UO DI DEGENZA	REPORT DEL PDTA CONDIVISO	SI		ALMENO 1 ALL'ANNO	>=1	0	0	0
MIGLIORAMENTO QUALITA' DELL'ASSISTENZA	MANTENIMENTO E/O AUMENTO OFFERTA PRESTAZIONI	NUMERO NUOVE PRESTAZIONI EVIDENCE- E HTA-BASED INTRODOTTE O PRESTAZIONI OBSOLETE O INAPPROPRIATE SOPPRESSE	SI		ALMENO 1	>=1			0
GESTIONE DEL RICHIQ CLINICO									
SICUREZZA AMBIENTE DI LAVORO	GARANTIRE FORNITURA ED UTILIZZO DPI	NUMERO EVENTI AVVERSI SEGNALATI			0	0	1	2	>2

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
INCREMENTO DELL'EFFICIENZA ASSISTENZIALE	GARANTIRE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER DEGENTI TENDENZIALMENTE ENTRO 24 h DALLA RICHIESTA	consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100;			90%	> = 90%	80% - 89%		< 80%
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' DEI SERVIZI DI RADIOLOGICA	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO IN RAPPORTO AL PERSONALE IN DOTAZIONE	PRESTAZIONI EQUIVALENTI NORMALIZZATE (SIRM) / PERSONALE EQUIVALENTE			VALORE MEDIO AZIENDALE	> = VALORE MEDIO	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
	MASSIMIZZARE L'UTILIZZO DELLE GRANDI MACCHINE (TAC, RMN) GARANTENDO UNA MEDIA OTTIMALE DI PRESTAZIONI PER TURNO DI 6 ORE PER MACCHINA IN ORARIO ISTITUZIONALE	n. TAC e n. RMN erogate per turno di 6 ore in orario istituzionale / n. grandi macchine			VALORE OTTIMALE TEMPI MEDICI DOCUMENTO SIRM	> = VALORE OTTIMALE	SCARTO < 10% DAL VALORE OTTIMALE	SCARTO > 10% in diminuzione	SCARTO > 10% in aumento
	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E ALLE ORE DI SPECIALISTICA PER BRANCA (OBIETTIVO OPERATIVO)	prestazioni/ore per branca							
CONTENIMENTO DELLA SPESA PER MATERIALE SANITARIO E DIAGNOSTICO	OTTIMIZZAZIONE DEL CONSUMO DI BENI SANITARI	RIDUZIONE PROPORZIONALE AI VOLUMI DI ATTIVITA' DEI CONSUMI >= 5%			RIDUZIONE > = 5%	> = 5%	2% - 5%		< 2%
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N. 2713/2014. INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2595/2014)	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SPECIALISTICA SU GESTIONALI E/O EDOTTO	impegnative chiuse su gestionale SGP nei termini prestabiliti (DGR 3/2014) / totale impegnative * 100.			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabilite per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	n. operatori che hanno seguito percorsi formativi programmati dall'u.o. / n. dipendenti assegnati all'u.o. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
QUALITA' DEL SERVIZIO									

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE			SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENT E CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	99% - 90%	89% - 70%	< 70%
MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	agende per priorita' / agende totali			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
ATTUAZIONE PROGRAMMI DI SCREENING (DGR 1295/2015)	CHIAMATA ATTIVA AL TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO, IN UN PROGRAMMA ORGANIZZATO, PER MAMMELLA	N.ro donne (50-69 anni) che hanno ricevuto l'invito/N.ro di donne residenti (50-69 anni) : 2			>= 30%			< in aumento	< in diminuzione
		N.ro donne (50-69 anni) che hanno effettuato una mammografia/N.ro di donne che hanno ricevuto l'invito (50-69 anni)			>= 30%				
	CHIAMATA ATTIVA AL TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO, IN UN PROGRAMMA ORGANIZZATO, PER COLON-RETTO	N.ro di soggetti (50-69 anni) che hanno ricevuto l'invito/N.ro di residenti (50-70 anni) : 2			>= 10%				
		N.ro di soggetti che hanno effettuato il SOF (50- 69 anni) /N.ro di donne che hanno ricevuto l'invito (50-69 anni)			>= 15%				

DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramen to (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' DEI SERVIZI DIAGNOSTICI E TERRITORIALI	MIGLIORE UTILIZZO DEL PERSONALE MEDICO	PRESTAZIONI / OPERATORE			800	>=800	799-650	649-500	<500
	MIGLIORE UTILIZZO DEL PERSONALE PSICOLOGO	PRESTAZIONI / OPERATORE			600	>=600	599-500	499-400	<400
	MIGLIORE UTILIZZO DEL PERSONALE SOCIO-EDUC.	PRESTAZIONI / OPERATORE			700	>=700	699-600	599-500	<500
	MIGLIORE UTILIZZO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	PRESTAZIONI / OPERATORE			800	>=800	799-650	649-500	<500
	MIGLIORE UTILIZZO DEL PERSONALE DEL LAB.TOSS.	PRESTAZIONI / OPERATORE			6000	>=6000	5000-5999	4000-4999	<4000
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N.2713/2014. INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2596/2014)	COMPLETO E TEMPESTIVO AGGIORNAMENTO DEI DATI SUL SISTEMA SID2	ALIMENTAZIONE DI TUTTE LE AREE DI RILEVAZIONE			100%	100%			Se < a 100%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	n. operatori che hanno seguito percorsi formativi programmati dall'u.o. / n. dipendenti assegnati all'u.o. *100			>= 60%	>= 60%	40% - 59%	30% - 39%	< 30%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
APPROPRIATEZZA									
MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA (DGR 1213/2014).	VERIFICA PIANI DI TRATTAMENTO UTENTI INSERITI IN STRUTTURE	NUMERO DI PIANI MONITORATI CONGIUNTAMENTE CON LA STRUTTURA			100%	100%	99% - 90%	< 90%	<90 %
	ELABORAZIONE PIANI TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI	NUMERO PIANI TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI/UTENTI IN CARICO			100%	100%	90%-99%	80%-89%	<80%

DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	SISTEMA DI VALUTAZIONE			
						Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramen to (3)	Scostamento non accettabile (0)
POTENZIAMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE	NUOVI UTENTI IN TRATTAMENTO	RAPPORTO NUOVI UTENTI / POPOLAZIONE RESIDENTE * 1000			1 X 1000 AB	>= 1	0,99 - 0.8	< 0.8	< 0,8
	ATTIVAZIONE MODELLO SPERIMENTALE SPECIALISTICO GAP E NUOVE DIPENDENZE	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE	ATTUAZIONE DI PIANI DI PREVENZIONE	N° PROGRAMMI ATTIVATI			ALMENO UN PIANO SU BASE ANNUA	>=1			<1
REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO	PROGRAMMI DI REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO ELABORATI IN INTEGRAZIONE CON GLI AMBITI DI ZONA	N° PROGRAMMI ATTIVATI			ALMENO UN PIANO SU BASE ANNUA	>=1			<1

DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramen to (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
INCREMENTO DELL'EFFICIENZA ASSISTENZIALE	MASSIMIZZARE UTILIZZO REPARTI DI RIABILITAZIONE	TASSO DI UTILIZZO (GD REALI / GD TEORICHE *100)			90%	>= 90%	80% - 89%	75% - 79%	< 75%
	CONTENIMENTO GIORNATE DI RICOVERO PER CASI NEUROLOGICI	DEGENZA MEDIA			60% DEL VALORE SOGLIA REGIONALE	36	Scostamento fino al 10%	Scostamento tra 11% e 20%	Scostamento > 20%
	CONTENIMENTO GIORNATE DI RICOVERO PER CASI CARDIO-RESPIRATORI	DEGENZA MEDIA			60% DEL VALORE SOGLIA REGIONALE	18	Scostamento fino al 10%	Scostamento tra 11% e 20%	Scostamento > 20%
	CONTENIMENTO GIORNATE DI RICOVERO PER CASI ORTOPEDICI	DEGENZA MEDIA			60% DEL VALORE SOGLIA REGIONALE	24	Scostamento fino al 10%	Scostamento tra 11% e 20%	Scostamento > 20%
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' ASSISTENZA SPECIALISTICA RIABILITATIVA AMBULATORIALE E DOMICILIARE	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE E DOMICILIARE IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E ALLE UNITA' DI PERSONALE	PRESTAZIONI / ORE LAVORATE DI FISIOTERAPIA			Pres. Ambul. 1 / 1h (n. 36 pres sett); Pres. Dom. 1 / 1h 17' (n. 28 prest sett.)	> = 90%	75% - 89%	60% - 74%	< 60%
GOVERNO DEI CONSUMI E DELLA DOMANDA									
CONTROLLO DELLA SPESA PROTESICA (D.M. 332/1999)	Controllo utilizzo puntatori oculari e montascale in comodato d'uso	N° utilizzatori controllati / totale utilizzatori * 100			70%	>=70%	60% - 69%	50% - 59%	< 50%
CONTROLLO PRESTAZIONI EROGATE DA STRUTTURE CONTRATTUALIZZATE EX ART. 26 L. 833/78	Controllo preventivo dei programmi di riabilitazione in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale	N° programmi controllati / Totale programmi presentati * 100			100%	100%	80% - 99%	70% - 79%	< 70%
	Controllo a campione con visita diretta dell'utente				10%	> 10%	9% - 10%	7% - 8%	< 7%
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N. 2713/2014. INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2595/2014)	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU GESTIONALI	IMPEGNATIVE CHIUSE SU GESTIONALE SGP NEI TERMINI PRESCRITTI			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	CONFERIMENTO DATI SU SISTEMA EDOTTO (Compatibilmente con l'avvio dell'area applicativa "Assistenza Riabilitativa)	REGISTRAZIONE CARTACEA DELLE PRESTAZIOPNI AMBULATORIALI E DOMICILIARI (Nelle more dell'avvio della specifica area applicativa di Edotto)			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O.			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglieramen to (3)	Scostamento non accettabile (0)
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
QUALITA' DEL SERVIZIO									
SODDISFACIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	90% - 99%	70% - 89%	< 70%
POTENZIAMENTO/MANTENIMENTO VOLUMI ATTIVITA' RIABILITATIVE EX 26 l. 833/78	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	90% - 99%	70% - 89%	< 70%
	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' DOMICILIARE	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	100%	90% - 99%	70% - 89%	< 70%
MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	AGENDE PER PRIORITA' / AGENDE TOTALI			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
	ASSICURARE PIENA E PUNTUALE PARTECIPAZIONE ALL'UVM	CASI VALUTATI IN UVM ENTRO 20 GIORNI DALLA RICHIESTA / TOTALE CASI VALUTATI			100%	100%	90% - 99%	< 90% in aumento	< 90% in diminuzione

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
POTENZIAMENTO EFFICIENZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	CONTENIMENTO GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA RICOVERI ORDINARI			< = A VALORE MEDIO AZIENDALE PER DISCIPLINA	< = VALORE MEDIO	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA(DGR 1213/2014, DGR 2595/2014)	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA TRAMITE USO APPROPRIATO DEI FARMACI IN ASSISTENZA OSPEDALIERA/DIMISSIONE E A PARITA' DI INDICAZIONE	dosi definite die/giornate di degenza +accessi dh			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
		consumo farmaci per punto drg			<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	<= VALORE MEDIO PER DISCIPLINA	> VALORE MEDIO DI 0,2	> 0,2 in diminuzione	> 0,2 in aumento
GOVERNO DEI CONSUMI E DELLA DOMANDA									
CONTROLLO PRESTAZIONI EROGATE DA STRUTTURE RIABILITATIVE CONVENZIONATE	Redazione Progetto terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI)	N° PTRI redatti / Totale utenti inseriti in struttura * 100			100%	100%			< 100%
	Verifica semestrale PTRI	N° PTRI verificati semestralmente / Totale PTRI * 100			100%	100%	90% - 99%		< 90%
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU GESTIONALI	IMPEGNATIVE CHIUSE SU GESTIONALE SGP NEI TERMINI PRESCRITTI			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	ALIMENTAZIONE COMPLETA E TEMPESTIVA DEL SISTEMA INFORMATIVO SISM	DATI REGISTRATI SUL SISTEMA INFORMATIVO SISM			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N. 2713/2014, INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2596/2014)	CONFERIMENTO DATI DEI RICOVERI SUL SISTEMA EDOTTO	SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 2/2014) / totale SDO * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SPECIALISTICA SU GESTIONALI E/O EDOTTO	impegnative chiuse su gestionale SGP nei termini prestabiliti (DGR 3/2014) / totale impegnative * 100.			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabiliti per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE IN EROGAZIONE DIRETTA	prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta registrate su Edotto / totale prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DEI PT	piani terapeutici registrati in in edotto/totale piani*100			100%	100%	99% - 100%		

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
	REGISTRAZIONE SUL SISTEMA EDOTTO DEI DATI AREA APPLICATIVA "GRAVIDANZA E NASCITA"	schede inserite su Edotto/totale schede prodotte *100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O.			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
INNOVAZIONE E SVILUPPO									
RIORGANIZZAZIONE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AVVIO NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO N.P.I.	QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
APPROPRIATEZZA									
MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA (DGR 1213/2014).	INCREMENTO APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	N° RICOVERI CON DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA / N° RICOVERI NON A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA IN REGIME ORDINARIO			<=0,32	< = 0,32	0,32 - 0,39	> 0,39 in diminuzione	> 0,39 in aumento
POTENZIAMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE	PRESA IN CARICO DI TUTTI I PAZIENTI PSICHIATRICI DEL TERRITORIO DI RIFERIMENTO	utenti presi in carico dai CSM per 100.000 ab			1 UTENTE OGNI 100 AB	> di 1/100 ab.	tra 0,5 e 1 / 100 ab.	< 0,5 in aumento	< 0,5 in diminuzione
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E SANITARIA (DGR 1295/2015)	PRESA IN CARICO DEGLI INTERNATI IN OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DIMISSIBILI				100% DI UTENTI PRESI IN CARICO				
	POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE AMBULATORIALE E DOMICILIARE, ANCHE ATTRAVERSO L'UTILIZZO DEI FINANZIAMENTI FINALIZZATI EX DGR 1721/2012				AUMENTO, NELL'ANNO 2015, DEL 10% DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA NEUROPSICHIATRI CA INFANTILE AMBULATORIALE, DOMICILIARE (VERIFICA AL 31-12-2015 RISPETTO AL 2014)				

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
	RIABILITAZIONE DELL'UTENZA PSICHIATRICA E/O CON DIPENDENZA DA SOSTANZE O COMPORTAMENTI, ATTRAVERSO PERCORSI DI REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVI REALIZZATI IN INTEGRAZIONE CON GLI AMBITI SOCIALI ED I CENTRI PER L'IMPIEGO, NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA REGIONALE PER L'INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA "I CANTIERI DI CITTADINANZA IN PUGLIA"				COLLABORAZIONE ATTIVA CON ALMENO IL 50% DEGLI AMBITI SOCIALI PER ASL				
QUALITA' DEL SERVIZIO									
FILTRO DEI RICOVERI DA PARTE DEI CSM	ASSICURARE IN ORARIO DI APERTURA DEL CSM LE CONSULENZE RICHIESTE DAL 118 A DOMICILIO OVVERO C/O IL P.S. DI RIFERIMENTO	N° CONSULENZE EFFETTUATE / N° CONSULENZE RICHIESTE DAL 118 IN ORARIO DI APERTURA DEL CSM			100%	100%	90% - 99%		< 90%
MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE									
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA h 12 CSM COMPATIBILMENTE CON LE RISORSE ASSEGNATE	ASSICURARE L'ACCESSO DIRETTO			100%	100%	90% - 99%		< 90%
	ASSICURARE PIENA E PUNTUALE PARTECIPAZIONE ALL'UVM	CASI VALUTATI IN UVM ENTRO 20 GIORNI DALLA RICHIESTA / TOTALE CASI VALUTATI			100%	100%	90% - 99%	< 90% in aumento	< 90% in diminuzione
INSERIMENTO LAVORATIVO UTENTI PSICHIATRICI	PROGRAMMI DI REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO ELABORATI IN INTEGRAZIONE CON GLI AMBITI DI ZONA	N° PROGRAMMI ATTIVATI PER CSM			ALMENO UN PIANO PER CSM SU BASE ANNUA	>=1			<1

PRONTO SOCCORSO

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

AREA FUNZIONALE D.E.U.

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA (DGR 1213/2014, DGR 2595/2014)	OTTIMIZZAZIONE DEL CONSUMO DI BENI SANITARI	RIDUZIONE PROPORZIONALE AI VOLUMI DI ATTIVITA' DEI CONSUMI >= 5%			RIDUZIONE > = 5%	> = 5%	2% - 5%		< 2%
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI INFORMATIVI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	n. operatori che hanno seguito percorsi formativi programmati dall'u.o. / n. dipendenti assegnati all'u.o. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
APPROPRIATEZZA									
MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA (DGR 1213/2014).	% PAZIENTI NON TRASPORTATI IN PS (TERAPIA DOMICILIARE)	% PZ. CHIUSI IN COD. BIANCO			20%	15%-20%	15% - 20%	5% - 10%	< 10%
		% PZ. RIFIUTO TRASPORTO							
	INDICE DI CONCORDANZA PER I CODICI ROSSI	% di concordanza			> 65%	>65%	55%-64%	50%-54%	> 50%
MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE									
TEMPI DI INTERVENTO	AREA URBANA	media max 8'			8'-10'	<=10'	11'-15'	16'-20'	> 21'
	AREA EXTRAURBANA	media max 20'			20'-25'	<25'	26'-30'	31'-35'	> 35'

DIPARTIMENTO IMMUNOTRASFUSIONALE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramen to (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI									
PIENO UTILIZZO POTENZIALITA' DEL SERVIZIO	OTTIMALE ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO IN RAPPORTO ALLE ATTREZZATURE E AL PERSONALE IN DOTAZIONE	PRESTAZIONI EQUIVALENTI / PERSONALE EQUIVALENTE			VALORE MEDIO AZIENDALE	> = VALORE MEDIO	< VALORE MEDIO DI 0,1	< 0,1 in aumento	< 0,1 in diminuzione
GOVERNO DEI CONSUMI E DELLA DOMANDA									
Adegumento requisiti minimi dei servizi trasfusionali , delle unità di raccolta sangue e delle articolazioni organizzative (DGR 1295/2015)	adeguamento dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali, di cui al R.R. 15/2013. Attuazione piano di adeguamento entro il 30.06.2015	Indicatore qulitativo (SI / NO)			SI	SI			NO
	adeguamento dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle unità di raccolta sangue e delle articolazioni organizzative di cui al R.R. 14/2012. Attuazione piano di adeguamento entro il 30.06.2015	Indicatore qulitativo (SI / NO)			SI	SI			NO
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME STABILITO DAI DECRETI MINISTERIALI DI RIFERIMENTO E DALLA DGR N. 2713/2014. INVIO DEI DATI AI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI CON LE MODALITÀ ED ENTRO I TERMINI PRESTABILITI (DGR 2595/2014)	COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DEI DATI DI ATTIVITA' SU GESTIONALE	DATI VALIDATI DAL SISTEMA EDOTTO / TOTALE DATI REGISTRATI SU GESTIONALE * 100			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
		PRESTAZIONI INTERNE REGISTRATE SU GESTIONALE			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
QUALITA' DEL SERVIZIO									
ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE	ASSICURARE I VOLUMI QUALI/QUANTITATIVI CONCORDATI DI ATTIVITA'	NUMERO E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI PER ATTIVITA' ISTITUZIONALE (UTENTI ESTERNI E INTERNI)	SCHEDA ALLEGATA		VOLUMI DI ATTIVITA' CONCORDATI COMPATIBILMENTE CON L'ANDAMENTO DELLA DOMANDA	100%	90% - 99%	70% - 89%	< 70%

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA									
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI	DEFINIZIONE PROGRAMMA TRIENNALE DI MANDATO PER CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA CON L'INDIVIDUAZIONE DEGLI STEP PER CIASCUN ANNO 2015-2016-2017				invo del programma triennale di mandato	SI			NO
	Attuazione linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva, con monitoraggio trimestrale dell'andamento della spesa farmaceutica per ogni linea guida regionale di intervento sull'appropriatezza prescrittiva (dgr), con relazione di accompagnamento sulle iniziative poste in essere per il superamento delle criticità	report trimestrali su andamento della spesa farmaceutica per ciascuna linea guida regionale - (Per il calcolo dei risultati intermedi, si terrà conto della proporzione tra n.linee guida di cui si è inviato il report/n. totale linee guida regionali)			SI	SI			NO
	Programmazione centralizzata di azienda degli acquisti ospedalieri per farmaci e dispositivi medici	report dei consumi per singolo plesso ospedaliero e redazione fabbisogno unico aziendale per tipologia di acquisto			SI				NO
	Diminuzione dei farmaci scaduti a giacenza	report dei farmaci scaduti al 31/12/2014 (valorizzato) e report farmaci scaduti al 31/12/2015 (valorizzato)			diminuzione della valorizzazione dei farmaci scaduti dal				NO
	Piani terapeutici dei pazienti in Edotto	report di monitoraggio dei medici inadempienti all'inserimento in Edotto del P.T. e relative azioni poste in essere per risoluzioni criticità			SI				NO
	ADERENZA PIANI TERAPEUTICI ALLE LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI IN MATERIA DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	report semestrale delle verifiche effettuate tra piani terapeutici inseriti e linee guida naz. e/o reg.			SI				NO
	Miglioramento della distribuzione diretta farmaci da parte delle strutture sanitarie di afferenza	adozioni di convenzioni con le strutture sanitarie di afferenza inerenti la distribuzione dei farmaci al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi e distributivi. (per il calcolo dei risultati intermedi si terrà conto della proporzione tra n.convenzioni adottate/n. totale delle strutture sanitarie di afferenza)			SI				NO

	RICHIESTE RIMBORSO FARMACI MONITORAGGIO AIFA entro le finestre temporali previste dagli accordi negoziali	RIMBORSI RICEVUTI/ Trattamenti rimborsabili*100			100%	100%			
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI COME	ATTESTAZIONE TRIMESTRALE DELLE FARMACIE OSPEDALIERE/TERRITORIALI DELLA ADEMPIENZA QUALI-	INVIO TRIMESTRALE DELL'ATTESTAZIONE ALL'AREA GESTIONE SERVIZIO			100%	100%	99% - 100%		
	REGISTRAZIONEDA PARTE DELLE FARMACIE OSPEDALIERE E TERRITORIALI MENSILE SU EDOTTO E SUL SISTEMA FILE F DELLE EROGAZIONI DIRETTE EFFETTUATE	DATI DIRETTA SU EDOTTO/CE >97%			100%	100%	99% - 100%		
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE									
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%

AREE E SERVIZI CENTRALI

OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	SISTEMA DI VALUTAZIONE				COMPETENZA
						Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramen to (3)	Scostamento non accettabile (0)	
SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA										
GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI										
GARANZIA DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO DELLA GESTIONE. (intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6 co.2)					SI					AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
ACQUISTO DI BENI E SERVIZI ALLE MIGLIORI CONDIZIONI DI MERCATO E RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI REGIONALI IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE DELLE ACQUISIZIONI DI LAVORI,, BENI E SERVIZI CON RICORSO AL SOGGETTO AGGREGATORE. (DGR 2595/2014)					SI					AREA PATRIMONIO
CONTENIMENTO DELLA SPESA DEL PERSONALE PER INCARICHI DI DIREZIONE O COORDINAMENTO (NEL RISPETTO DEI PARAMETRI STANDRD DI CUI ALLE DD.GG.RR. N. 1388/2011 E N. 3008/2012) (DGR 1295/2015)	Assegnazione di un numero di strutture organizzative (S.C., S.S., P.O. e COORD.) non superiore a quello previsto nella Tab 5 allegata alla DRG n. 3008/2012	Δ % S.O. (N. Strutture Organizzative standard - N. Strutture Organizzative assegnate nell'anno 2014);			Allineamento a standrs S.O. >= 99%					AREA GESTIONE PERSONALE
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE (DGR 1295/2015)	ISTITUZIONE DIPARTIMENTO FARMACEUTICO E ADOZIONE SECONDO MODELLO ORGANIZZATIVO SECONDO LINEE GUIDA REGIONALI				delibera di istituzione del dipartimento famraceutico e di adozione del modello organizzativo	SI			NO	DIREZIONE GENERALE
GOVERNO DEI CONSUMI E DELLA DOMANDA										
SOTTOSCRIZIONE E RISPETTO ACCORDI CONTRATTUALI CON LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE (DGR 1295/2015)	Sottoscrizione accordi contrattuali e relativa trasmissione al competente Servizio regionale, in conformità allo schema tipo contrattuale approvato -per singole tipologie di struttura- con DD.GG. RR: n. 1791/2014, 1792/2014, 1793/2014, 1794/2014, 1795/2014, 1796/2014, 1797/2014, 1798/2014, con riduzione del 2% dei tetti di spesa aziendali rispetto all'imponibile anno 2011 in adeguamento alla L.135/2012, nonchè delle ulteriori decurtazioni previste dalla DGR 1304/2013 e tenuto conto di quanto stabilito dall'art.7, comma 4 del decreto-legge n.192 del 2014 convertito in L.11/2015	QUALITATIVO SI / NO			SI	SI			NO	UNITA' GESTIONI RAPPORTI CONVENZIONALI
	2) Corretta applicazione dei criteri fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009 e n. 1500/2010 che prevedono per case di cura, specialistica ambulatoriale e strutture di riabilitazione ex art. 26 una correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato.	Determinazione fabbisogno aziendale per tipologia di prestazioni, con espressa indicazione negli accordi contattuali della tipologia e del volume delle prestazioni da acquistare (SI/NO)			SI	SI			NO	
		Potenziamento controlli sull'appropriatezza delle prestazioni e rispetto del limite percentuale dei controlli previsto dal D.M. 10/12/2009	% VERIFICHE EFFETTUATE SU TOTALE RICOVERI			RISPETTO DELLE % STABILITE DALLA REGIONE				
Sistema Tessera Sanitaria ovvero verifica delle esenzioni ticket per il tramite del Sistema T.S. di cui al D.M. 11.12.2009 (DGR 1295/2015)	Recupero del ticket non corrisposto derivante da autocertificazioni con esito negativo	% di recupero sul totale dell'importo per la spesa specialistica sulle autocertificazioni 2012(periodo di imposta 2011)			> 40%					DIREZIONI AMMINISTRATIVE E STRUTTURA LEGALE
ECONOMIE DI SCALA										
MIGLIORAMENTO ORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA E RETE TERRITORIALE										
ADOZIONE SISTEMI DI CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI (ALPI) E RELATIVO TARIFFARIO (DGR 1295/2015)	ADOZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI IN ALPI				ADOZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO	SI			NO	DIREZIONE GENERALE
	CONTROLLO DEI VOLUMI E DEI TEMPI DELLE PRESTAZIONI IN ALPI				INVIO TRIMESTRALE ALLA REGIONE DELLE SCHEDE DI MONITORAGGIO DEI VOLUMI E DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ALPI	SI			NO	UFFICIO ALPI
	ATTIVAZIONE DI CONTABILITA' SEPARATAT ALPI				PRESENZA DEL BILANCIO ECONOMICO SEPARATO PER L'ATTIVITA' ALPI ALLEGATO AL BILANCIO ANNUALE	SI			NO	UFFICIO ALPI

AREE E SERVIZI CENTRALI

						SISTEMA DI VALUTAZIONE				COMPETENZA
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramen to (3)	Scostamento non accettabile (0)	
	TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI IN ALPI CON EVIDENZA DELLA CONGRUITA' DELLA QUOTA DELLA TARIFFA A FAVORE DELL'AZIENDA PER LA COPERTURA DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI, COME DERIVATA DAI CONTI DELLA CONTABILITA' SEPARATA				DELIBERA DEL DG DEL NUOVOTARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI IN ALPI	SI			NO	UFFICIO ALPI
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA										
RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DI BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITA' DELL'AMMINISTRAZIONE. (d.lgs. 502/1992 s.m.i., art.3-bis, co.7))					SI					DIREZIONE AZIENDALE
ADOZIONE E RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE	ATTUAZIONE LEGGE N.190 DEL 6 NOVEMBRE 2012 "DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE E LA REPRESSIONE DELLA CORRUZIONE E DELL'ILLEGALITÀ NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE" E ADOZIONE DEL "PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE" (P.T.P.C.) AZIENDALE				SI					SERVIZIO ANTICORRUZIONE
ADOZIONE E RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE	ATTUAZIONE D.LGS. 33 DEL 14 MARZO 2013 "RIORDINO DELLA DISCIPLINA RIGUARDANTE GLI OBBLIGHI DI PUBBLICITA', TRASPARENZA E DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI DA PARTE DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI", RISPETTO ADEMPIMENTI PREVISTI NEL "PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'" (PTTI).				SI					UFFICIO TRASPARENZA
SVILUPPO DIGITALIZZAZIONE PROCEDURE AMMINISTRATIVE	MIGLIORAMENTO INTEGRAZIONE GESTIONALI AZIENDALI									SERVIZI INFORMATIVI AZIENDALI
	ATTIVAZIONE PROCESSO DI FATTURAZIONE ELETTRONICA									AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
SEMPLIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI										DIREZIONE AZIENDALE
RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO DEI FORNITORI (DGR 1295/2015)		Indice di tempestività dei pagamenti			0 gg <ITP<29,9 gg Obiettivo raggiunto; 30 gg<ITP<59,9 gg obiettivo parzialmente raggiunto; ITP>60 gg obiettivo non raggiunto					AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI										
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	a) Adempimenti relativi al sistema Tessera Sanitaria a1) Allineamento delle banche dati (assistiti, prescrittori, ricettari); a2) Verifica della qualità dei dati da parte delle strutture private accreditate e delle farmacie.	Per entrambe le azioni (a1 e a2), l'indicatore è tipo quantitativo: la % di disallineamento deve essere inferiore all'1% sulla base degli indicatori forniti dal sistema TS.			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%	UOSE E STRUTTURE INTERESSATE
	b) Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi nazionali e regionali come stabilito dai decreti ministeriali di riferimento e dalla DGR n. 3/2014. Invio dei dati ai sistemi informativi sanitari regionali e nazionali con le modalità ed entro i termini prestabiliti.	% Flussi correttamente inviati entro termine			100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%	
Rispetto accordi di programma sottoscritti per l'utilizzo dei Fondi Comunitari e per gli investimenti ex art. 20 L. 67/1988	Aggiornamento dei flussi informativi nel sistema MIRweb	% Inserimento in MIRweb delle spese sostenute rispetto alle liquidazioni effettuate			> = 90%					DIREZIONE AZIENDALE
Garanzia dell'operatività dei Registri Tumori, Cardiocirurgia e Malformazioni congenite (DGR 1295/2015)	Trasmissione dei dati raccolti attraverso la compilazione di schede opportunamente predisposte da ciascun centro di coordinamento in attuazione delle previsioni di cui alle DGR di rispettiva istituzione: 1) DGR n.1500/2008 "Registro Tumori"; 2) DGR n.1409/2013 "Registro malformazioni congenite"; 3) DGR n.811/2015 "REgistro Cardiocirurgia"	Qualitativo SI/NO			100%	SI			NO	

AREE E SERVIZI CENTRALI

						SISTEMA DI VALUTAZIONE				COMPETENZA
OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE CONSEGUITO	PESO	RISULTATO ATTESO	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramen to (3)	Scostamento non accettabile (0)	
Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al Conto Economico trimestrale.						SI			NO	DIREZIONE AZIENDALE
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE										
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE										
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PERSONALE DIPENDENTE	PRESENTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEL DOSSIER FORMATIVO DI U.O.	N. OPERATORI CHE HANNO SEGUITO PERCORSI FORMATIVI PROGRAMMATI DALL'U.O. / N. DIPENDENTI ASSEGNATI ALL'U.O. *100			>= 50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%	
PIENO SVILUPPO RETE INTRANET PER COMUNICAZIONI PERSONALE INTERNO										SERVIZI INFORMATIVI AZIENDALI
VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVO E INDIVIDUALE	ADOZIONE E APPLICAZIONE DEL PIANO AZIENDALE TRIENNALE DELLE PERFORMANCE									
INNOVAZIONE E SVILUPPO										
SVILUPPO PROGETTI LEAN-LAB										
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE										
MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE										
MIGLIORAMENTO PROCEDURE DI ACCESSO	APERTURA AGENDE PER PRIORITA'	AGENDE PER PRIORITA' / AGENDE TOTALI			50%	>= 50%	30% - 49%	20% - 29%	< 20%	CUP AZIENDALE
	SERVIZIO DI RECALL DEI PAZIENTI IN LISTA DI ATTESA E CONSEGUENTE RIPULITURA DELLE AGENDE CON CANCELLAZIONE DEI RINUNCIATARI	N. CONTATTI TELEFONICI EFFETTUATI RILEVATI MENSILMENTE IN UN REPORT DA INVIARE ALLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE								DIREZIONI SANITARIE / CUP AZIENDALE

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI NORMATIVE ED AMMINISTRATIVE IN MATERIA DI SANITÀ ELETTRONICA, COMPLETO E TEMPESTIVO AGGIORNAMENTO DEI DATI SUI SISTEMI GESTIONALI ED ALIMENTAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI INFORMATIVI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
INTERVENTI DI PREVENZIONE NUTRIZIONALE	Progetto CIPxCIOP	Numero di insegnanti coinvolti nella formazione: almeno 50 insegnanti	CIPxCIOP: > 50 insegnanti coinvolti nella formazione		CIPxCIOP: almeno n. 40 insegnanti coinvolti nella formazione	>= 90%	80-89%	61-79%	60%
Piano Locale dei controlli ufficiali (PLC) in relazione al Piano Regionale dei Controlli Ufficiali (PRC)	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e analitici) previsti dal PLC in riferimento al PRC.	Numero di controlli ispettivi eseguiti/ numero controlli ispettivi programmati nel PLC 2015	Effettuati i controlli ispettivi previsti dal PLC		1) Assicurare i controlli ispettivi programmati nel PLC in riferimento al PRC, inclusa la categorizzazione per rischio specifico delle imprese alimentari a rischio generico alto già registrate	>= 85%	75-84%	61-74%	60%
					2) Categorizzazione per rischio specifico delle imprese alimentari a rischio generico alto di nuova registrazione	>= 90%	80-89%	61-79%	60%
		Numero di campioni effettuati/numero dei campioni previsti dal PLC 2015	Effettuati i campioni previsti dal PLC		Effettuare i campioni previsti dal PLC in riferimento al PRC	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE	Formazione del personale addetto ai controlli ufficiali in merito a tecniche ed alla organizzazione dei controlli, in riferimento al PRP 2014-2018 (D.G.R. n. 1209 del 27.05.2015) e all'Accordo S-R del 07.02.2013	Predisposizione di piano formativo pluriennale presso il Dipartimento di Prevenzione in relazione all'accordo Stato-Regioni 7/2/2013	PROGETTAZIONE PIANO TRIENNALE FORMATIVO		Avvio del piano formativo pluriennale di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali in merito a tecniche ed alla organizzazione dei controlli	SI			NO

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SIAN NORD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
INTERVENTI DI PREVENZIONE NUTRIZIONALE	Progetto CIPxCIOP	Numero di insegnanti coinvolti nella formazione: almeno 50 insegnanti	CIPxCIOP: > 50 insegnanti coinvolti nella formazione		CIPxCIOP: almeno n. 50 insegnanti coinvolti nella formazione	>= 90%	80-89%	61-79%	60%
Piano Locale dei controlli ufficiali (PLC) in relazione al Piano Regionale dei Controlli Ufficiali (PRC)	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e analitici) previsti dal PLC in riferimento al PRC.	Numero di controlli ispettivi eseguiti/ numero controlli ispettivi programmati nel PLC 2015	Effettuati i controlli ispettivi previsti dal PLC		1) Assicurare i controlli ispettivi programmati nel PLC in riferimento al PRC, inclusa la categorizzazione per rischio specifico delle imprese alimentari a rischio generico alto già registrate	>= 90%	80-89%	61-79%	60%
					2) Categorizzazione per rischio specifico delle imprese alimentari a rischio generico alto di nuova registrazione	>= 90%	80-89%	61-79%	60%
			Numero di campioni effettuati/numero dei campioni previsti dal PLC 2015	Effettuati i campioni previsti dal PLC		Effettuare i campioni previsti dal PLC in riferimento al PRC	>= 95%	80-95%	61-79%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE	Formazione del personale addetto ai controlli ufficiali in merito a tecniche ed alla organizzazione dei controlli, in riferimento al PRP 2014-2018 (D.G.R. n. 1209 del 27.05.2015) e all'Accordo S-R del 07.02.2013	Predisposizione di piano formativo pluriennale presso il Dipartimento di Prevenzione in relazione all'accordo Stato-Regioni 7/2/2013	PROGETTAZIONE PIANO TRIENNALE FORMATIVO		Avvio del piano formativo pluriennale di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali in merito a tecniche ed alla organizzazione dei controlli	SI			NO

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SIAV A NORD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CURAZIONE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI INFORMATIVI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%		100%	100%	95-100%		<95%
MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di riconrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie	(aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%		100%	100%	95-100%		<95%
ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	(aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	3%		3%	3%	2,7-3%		<2.7%

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SIAV A SUD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica,	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%		100,00%	100%	95-100%		<95%
MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie	(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%		100,00%	100%	95-100%		<95%
ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina + 100% degli allevamenti infetti e/o con acquisizione in corso della qualifica di ufficialmente indenne .	(aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100	"SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN	100%		100% degli allevamenti infetti + 3% degli allevamenti ufficialmente indenni	100% degli allevamenti infetti + 3% degli allevamenti ufficialmente indenni	100% degli allevamenti infetti + 2,7% - 3% degli allevamenti ufficialmente indenni		100% degli allevamenti infetti + < 2,7% degli allevamenti ufficialmente indenni

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica,	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI INFORMATIVI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE	Formazione del personale addetto ai controlli ufficiali in merito a tecniche ed alla organizzazione dei controlli in riferimento al PRP 2014-2018 (DGR n.1209 del 27.05.2015)	Predisposizione di Piano formativo pluriennale presso il Dipartimento di Prevenzione			Previsione nel Piano formativo pluriennale del dipartimento di prevenzione della formazione del personale addetto ai controlli ufficiali in merito a tecniche ed alla organizzazione dei controlli	SI			NO
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
Contaminazione degli Alimenti	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci,sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro negli residui alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	Percentuale di attuazione del Piano Nazionale Residui finalizzato alla ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	Campioni previsti : 42 Campioni Effettuati: 42 Percentuale 100%		Campioni previsti:45 Risultati attesi 45 Perc. Attesa100%	100%	95%-100%		<95%
Controllo sanitario nelle attività registrate	Programmazione ed esecuzione dei controlli e dei campionamenti previsti dal PRC	Percentuale di controlli ufficiali e campionamenti nelle attività registrate ai sensi del regolamento CE 852/04 65% M 30% B	Campioni Previsti 100 - Campioni Effettuati:100 Percentuale 100%		Campioni Previsti :100 risultati attesi 100 Perc. Attesa 100%	100%	95%-100%		<95%
			Controlli c/o strutture alto rischi:12% Medio rischio:68%, Basso rischio:35%		Categorizzazione per rischio specifico stabilimenti aziendali a rischio generico alto, medio rischio: ispezioni programmate 364; basso rischio.30%	95%- 100%	90% -95%		<90%
Controllo sanitario nelle strutture riconosciute ai sensi del regolamento ce 853/04	Riprogrammazione ed Effettuazione dei controlli ufficiali previsti dai regolamenti comunitari 853/04,854/04,882/04 nelle strutture riconosciute per la produzione di alimenti di origine animali.Previa adeguata formazione del Personale	Percentuale dei controlli ufficiali e campionamenti previsti dal PRC per 2013 -7 -10%	EFFETTUARE I CAMPIONI PREVISTI DAL PRC		Campioni previsti: 169 -Risultati Attesi 169 Percentuale attesa PLC 80%(in produzione considerata l'incertezza del reperimento della matrice da campionare non si può indicare il 100%)	98%-100%	96%-97%	94%-95%	<94%
			Percentuale prevista >=30%. Alto Rischio audit 100% ispezioni 100%-		Percentuale prevista 10% risultato 23%	>= 98% -100%	>=96 % - 97%	>=95%-96%	<95
	Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli.	Percentuale di effettuazione dei campionamenti previsti dal Ministero e Regione			rispetto dei campioni previsti PRC. Percentuale attesa 80% considerata l'incertezza del numero degli ovini-caprini > 18 mesi inviti al macello	>=95%	80-90%	61 - 79%	60%

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
	Esecuzione controlli su Scambi Intracomunitari ai sensi D.M.18/Feb./1993	Attivazione punti di riscontro quotidiano del sistema informatico Traces di partite animali e di alimenti di O.A. in transito da e per il territorio Regionale.	Dare piena esecuzione al programma dei controlli disposti da UVAC		Controlli Ufficiali su Disposizione UVAC 60	98%-100%	95%-97%		<95%
Piano della Prevenzione	Dall'animale all'alimento: conoscere per valorizzare e Prevenire. Lo studente di oggi, il consumatore consapevole di domani.	% Grado manifestazione interesse ed adesione al progetto			Ideato e Progettato	Percentuale Adesione Scuole previa visione catalogo Progetto >=70%	65 -69 %	61 -64%	<61%
Piano Regionale controlli ufficiali nell'ambito della produzione e trasformazione del latte destinato al consumo umano	Esecuzione controlli integrati Area B- Area C sulla sicurezza alimentare in produzione primaria e sulla trasformazione del latte	Riprogrammazione controlli ufficiali integrati tra Servizi B- C nell'ambito della produzione e trasformazione del latte integrazione Piano 2015			Controlli integrati previsti -10 Risultati attesi 98%	SI			NO
Piano regionale controlli ufficiali sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti 2015-2018	Attività di controllo su matrici alimentari oggetto di irraggiamento	numero minimo di campioni previsti dal PRC			Rispetto dei campioni previsti PRC.	SI			NO
Piano di campionamento degli additivi in matrici alimentari	Programmare e coordinare le attività svolte sia alla verifica della conformità alla normativa, sia alla valutazione dell'esposizione del consumatore agli stessi additivi, al fine di assicurare che i controlli siano eseguiti in qualsiasi fase della filiera alimentare sugli additivi alimentari tal quali e negli alimenti di origine vegetale e animale	numero minimo di campioni previsti dal PRC			Rispetto dei campioni previsti PRC. Percentuale attesa 80%	SI			NO

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica,	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI INFORMATIVI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE									
FORMAZIONE E INFORMAZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE	Formazione del personale addetto ai controlli ufficiali in merito a tecniche ed alla organizzazione dei controlli in riferimento al PRP 2014-2018 (DGR n.1209 del 27.05.2015)	Predisposizione di Piano formativo pluriennale presso il Dipartimento di Prevenzione			Previsione nel Piano formativo pluriennale del dipartimento di prevenzione della formazione del personale addetto ai controlli ufficiali in merito a tecniche ed alla organizzazione dei controlli	SI			NO
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
Contaminazione degli Alimenti	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro negli residui alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	Percentuale di attuazione del Piano Nazionale Residui finalizzato alla ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale			Campioni previsti : 49 Campioni Effettuati: 49 Percentuale 100%	100%	95%-100%		<95%
Controllo sanitario nelle attività registrate	Programmazione ed esecuzione dei controlli e dei campionamenti previsti dal PRC	Percentuale di controlli ufficiali e campionamenti nelle attività registrate ai sensi del regolamento CE 852/04 65% M 30% B 100% A, per l'anno 2015 i caseifici aziendali sono classificati ad alto rischio			Campioni Previsti :105 risultati attesi 105 Perc. Attesa 100%	100%	95%-100%		<95%
			Controlli c/o strutture alto rischio:100% Medio rischio:65%, Basso rischio:35%		Categorizzazione per rischio specifico stabilimenti aziendali a rischio generico alto n.37, medio rischio: ispezioni programmate n.958, basso rischio: n.462	95%- 100%	90% -95%		<90%
Controllo sanitario nelle strutture riconosciute ai sensi del regolamento ce 853/04	Riprogrammazione ed Effettuazione dei controlli ufficiali previsti dai regolamenti comunitari 853/04,854/04,882/04 nelle strutture riconosciute per la produzione di alimenti di origine animali.Previa adeguata formazione del Personale	Percentuale dei controlli ufficiali e campionamenti previsti dal PRC in base alla categorizzazione del rischio	strutture riconosciute. Alto rischio n.9, medio rischio n.59, basso rischio n.20 in base alla previsione del PRC e PCL: ispezioni n.330, audit n.26, campionamenti n. 165		Campioni previsti: 165 -Risultati Attesi 165 Percentuale attesa PLC 100%	100%	98%-99%	95%-97%	<95%
			Percentuale campionamenti 100%, audit 100%, ispezioni 90%		Percentuale prevista 100%	>= 98% -100%	>=96 % - 97%	>=95%-96%	<95

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
	Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli.	Percentuale di effettuazione dei campionamenti previsti dal Ministero e Regione	prelievi distribuiti tra i due macelli in base all'entità produttiva, n. totale 63, divisi per le due aree n.32		effettuazione di 32 campioni con percentuale attesa del 100%	>=95%	80-94%	61 - 79%	60%
	Esecuzione controlli su Scambi Intracomunitari ai sensi D.M.18/Feb./1993	Attivazione punti di riscontro quotidianodel sistema informatico Traces di partite animali e di alimenti di O.A. in transito da e per il territorio Regionale.	Dare piena esecuzione al programma dei controlli disposti da UVAC		Controlli Ufficiali su Disposizione UVAC 50	98%-100%	95%-97%		<95%
Piano della Prevenzione	Dall’animale all’alimento:conoscere per valorizzare ePrevenire. Lo studente di oggi, il consumatore consapevole di domani.	% Grado manifestazione interesse ed adesione al progetto			Ideato e Progettato	Percentuale Adesione Scuole previa visione catalogo Progetto >=70%	65 -69 %	61 -64%	<61%
Pianio Regionale controlli ufficiali nell'ambito della produzione e trasformazione del latte destinato al consumo umano	Esecuzione controlli integrati Area B- Area C sulla sicurezza alimentare in produzione primaria e sulla trasformazione del latte	Riprogrammazione controlli ufficiali integrati tra Servizi B- C nell'ambito della produzione e trasformazione del latte integrazione Piano 2015			Controlli integrati previsti -10 Risultati attesi 98%	SI			NO
Piano regionale controlli ufficiali sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti 2015-2018	Attività di controllo su matrici alimentari oggetto di irraggiamento	numero minimo di campioni previsti dal PRC			Rispetto dei campioni previsti PRC.	SI			NO
Piano di campionamento degli additivi in matrici alimentari	Programmare e coordinare le attività svolte sia alla verifica della conformità alla normativa, sia alla valutazione dell'esposizione del consumatore agli stessi additivi, al fine di assicurare che i controlli siano eseguiti in qualsiasi fase della filiera alimentare sugli additivi alimentari tal quali e negli alimenti di origine vegetale e animale	numero minimo di campioni previsti dal PRC			Rispetto dei campioni previsti PRC. Percentule attese 80%	SI			NO
Piano di monitoraggio da contaminazione di materiale celebrale in carni di spolpo	Piano Ministeriale	Campionameti da effettuare nel secondo semestre presso macello "Frascaro"			campioni previsti n.30- campioni attesi 30- percentuale 100%	SI			NO

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SIAV C NORD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica,	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
NOTA MIN. SALUTE prot. n. DGISAN 50298 del 12.12.2013- Trasmissione PNR alle regioni; NOTA AOO_152 /1787 del 11.02.2014 : DGR n. 928 del 13.05.2013 - PRC 2014 - Trasmissione Piano Regionale Ricerca Residui per l'anno 2014	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Nord) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100% PLC sezione 6.D.1 e 6.D.2	Effettuati i campioni previsti dal Programma Regionale		Effettuare i campioni previsti dal PLC in riferimento al PRC	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
NOTA MIN. SALUTE prot. n. DGISAN 21822-P del 12.12.2011 + ADDENDUM 1/2013 di cui alla nota prot. n. 10873-P del 28/05/2013 : Trasmissione PNAA 2012-2013-2014; NOTA AOO_152 /688 del 16.01.2014 CON OGGETTO : PRC 2014 - Trasmissione Piano Regionale per l'Anno 2014 del PNAA 2012 - 2014.	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Nord) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare le Ispezioni ed i campioni previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dal programma Regionale		Effettuare gli interventi ispettivi in forma prodromica rispetto ai campioni previsti dal PLC (in riferimento al PRC) come da istanza procedurale prevista da Addendum 1/2013 e da Osservazione n° 2 Rapporto definitivo Audit di settore rif. 04/2013 (committente Dirigente Servizio PATP) del 05.12.2013 prot. regione Puglia n. 3961 del 01.04.2014	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
LINEE GUIDA MINISTERIALI PROT. N. 0001466 - P-26/01/2012 (Linee Guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari) E NOTA REGIONALE prot. N. 2990 del 27.02.2012: piano di Farmacosorveglianza regionale.	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Nord) in riferimento a Programmazione regionale ed alle dotazioni di risorse umane e strumentali attualmente disponibili	Effettuare i controlli ufficiali previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100% PLC sezione 6.A.1 ;6.A.3 ; 6.A.4 ; 6.A.5; 6.A.6;6.A.8			Effettuare i controlli ufficiali previsti dal PLC in riferimento al PRC	>= 95% (rispetto al programmato in PLC)	80-95% (rispetto al programmato in PLC)	61-79% (rispetto al programmato in PLC)	60% (rispetto al programmato in PLC)

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SIAV C SUD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPSTICHE DI INVIO DEI FLUSSI		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
Piano Nazionale Alimentazione Animale	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali		Effettuare i campioni e tutte le attività di controllo (vigilanza ed eventualmente audit) previsti dal PLC	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
Piano Nazionale Residui	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali		Effettuare i campioni e tutte le attività di controllo (vigilanza ed eventualmente audit) previsti dal PLC	>= 95%	80-95%	61-79%	60%
Piano Benessere Animale	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale ed alle dotazioni di risorse umane e strumentali attualmente disponibili	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali		Effettuare i controlli ufficiali previsti dal PLC in riferimento al PRC	>= 95% (rispetto al programmato in PLC)	80-95% (rispetto al programmato in PLC)	61-79% (rispetto al programmato in PLC)	60% (rispetto al programmato in PLC)
Piano Regionale Controlli – Piano Locale Controlli	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali		Effettuare i campioni e tutte le attività di controllo (vigilanza ed eventualmente audit) previsti dal PLC	>= 95% (rispetto al programmato in PLC)	80-95%	61-79%	60,00%
Piano Farmacosorveglianza Regionale	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e di campionamento) previsti dal Piano Locale Controlli (PLC Area Sud) in riferimento a Programmazione regionale	Effettuare i campioni e le attività di controllo e vigilanza previsti dal PLC (per numero e tipologia) : 100%	Effettuati i campioni previsti dai Programmi Nazionali e Regionali		Effettuare i campioni e tutte le attività di controllo (vigilanza ed eventualmente audit) previsti dal PLC	>= 95% (rispetto al programmato in PLC)	80-95%	61-79%	60,00%

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SIAV C SUD AREA C

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	SISTEMA DI VALUTAZIONE			
						Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC)		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
Piano Nazionale Alimentazione Animale 28 campioni	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	100% di esecuzione dei campionamenti previsti	100,00%		100,00%				
Piano Nazionale Residui 11 campioni	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	100% di esecuzione dei campionamenti previsti	100,00%		100,00%				
Piano Benessere Animale 31 campioni	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	80% di esecuzione dei campionamenti previsti	100,00%		100,00%				
PLC 60 controlli	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	100% di esecuzione dei campionamenti previsti	100,00%		100,00%				
Piano di monitoraggio sulle produzioni primarie negli allevamenti 290 controlli	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	70% di esecuzione dei controlli previsti	55,00%		100,00%				
Farmacosorveglianza 120 controlli	Programmazione delle attività di controllo e campionamento	65% di esecuzione dei controlli previsti	60,00%		100,00%				
Categorizzazione del rischio delle attività di competenza 60 controlli	Programmazione delle attività di controllo e comp. Check list	70% di esecuzione dei controlli previsti	65,00%		100,00%				

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SISP NORD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI INFORMATIVI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
Piano della Prevenzione	Attuazione Nuovo calendario vaccinale regionale	copertura vaccinale nuovi nati a 24 mesi per ciclo completo per anti-diftotetanica, Hib,HBV,polio,Pert.	94%		90%	95%	90-95%	85-90%	70%
		copertura vaccinale nuovi nati a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	85%		85%	95%	85-95%	79-85%	60%
		Copertura vaccinale anti HPV nelle dodicenni(coorte 2002)	71%		71%	80%	70-80%	60-70%	50%
		Copertura vaccinale anti HPV nelle diciottenni (coorte 1995)	51%		60%	70%	60-70%	50-60%	35%
		Copertura vaccinale anti-pneumococcica a 24 mesi (coorte 2011)	94%		95%	95%	90-95%	85-90%	70%
Attuazione Attività Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018		Rispetto del Cronoprogrammma fissato nelle Macroaree di intervento e nelle Azioni la cui esecuzione sia stata affitta all'U.O.C. S.I.S.P.			90%	95%	85-95%	79-85%	60%
		Copertura vaccinale anti-meningococcoC a 24 mesi (coorte 2012)	81%		85%	95%	85-95%	79-85%	60%
		Copertura vaccinale anti-meningococco negli adolescenti(coorte 1998)	51%		70%	95%	85-95%	79-85%	60%

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SISP NORD

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	SISTEMA DI VALUTAZIONE			
						Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
		Copertura vaccinale anti MPR-V a 24 mesi(coorte 2012)	85%		85%	95%	85-95%	79-85%	70%
		Copertura vaccinale anti MPR-V a 5-6 anni (coorte 2007)	66%		70%	95%	85-95%	79-85%	70%
		Copertura vaccinale anti-epatite A a 24 mesi (coorte 2012)	72%		75%	80%	70-80%	60-70%	50%
		Copertura vaccinale anti-epatite A negli adolescenti (coorte 2000)	62%		80%	80,00%	70-80%	60-70%	50%
Sistema regionale di sorveglianza e controllo della legionellosi DGR 2261/12	Attuazione del Programma regionale di sorveglianza e controllo della legionellosi nelle strutture turistico ricettive	% di campionamenti effettuati presso strutture turistico-ricettive rispetto a quelli previsti dal piano regionale	100%		70%	100%	80-90%	60-80%	50%
Flussi informativi regionali	Applicazione del sistema regionale EDOTTO	inserimento schede ISTAT entro 45 giorni	80%		90%	100%	90-100%	80-90%	70%
		inserimento malattie infettive entro una settimana (salvo classe I)	90%		90%	100%	90-100%	80-90%	70%

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SISP SUD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI INFORMATIVI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
Piano della Prevenzione	Attuazione calendario vaccinale regionale	copertura vaccinale nuovi nati a 24 mesi per ciclo completo per anti-diftotetanica, Hib,HBV,olio,Pert.	97%		90%	95%	90-95%	85-90%	70%
		copertura vaccinale nuovi nati a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	91%		85%	95%	85-95%	79-85%	60%
		Copertura vaccinale anti HPV nelle dodicenni(coorte 2002)	70%		60%	80%	70-80%	60-70%	50%
		Copertura vaccinale anti-pneumococcica a 24 mesi (coorte 2012)	96%		90%	95%	90-95%	85-90%	70%
		Copertura vaccinale anti-meningococcoC a 24 mesi (coorte 2012)	83%		80%	95%	85-95%	79-85%	60%
		Copertura vaccinale anti-meningococco negli adolescenti(coorte 1999)	86%		75%	95%	85-95%	79-85%	60%
		Copertura vaccinale anti MPRV a 24 mesi(coorte 2012)	88%		80%	95%	85-95%	79-85%	70%
		Copertura vaccinale anti MPRV a 5-6 anni (coorte 2007)	77%		70%	95%	85-95%	79-85%	70%
		Copertura vaccinale anti-epatite A a 24 mesi (coorte 2012)	71%		75%	80%	70-80%	60-70%	50%
		Copertura vaccinale anti-epatite A negli adolescenti (coorte 1999)	81%		80%	80,00%	70-80%	60-70%	50%
Attuazione Attività Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	Rispetto del Cronoprogramma fissato nelle Macroaree di intervento e nella Azioni la cui esecuzione sia stata affidata all' U.O.C. S.I.S.P.				90%	95,00%	85-95%	79-85%	60%
Sistema regionale di sorveglianza e controllo della legionellosi DGR 2261/12	Attuazione del Programma regionale di sorveglianza e controllo della legionellosi nelle strutture turistico ricettive	% di campionamenti effettuati presso strutture turistico-ricettive rispetto a quelli previsti dal piano regionale	93%		50%	100%	80-90%	60-80%	50%
Flussi informativi regionali	Applicazione del sistema regionale EDOTTO	inserimento schede ISTAT entro 45 giorni	80%		80%	100%	90-100%	80-90%	70%

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SISP SUD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
		inserimento malattie infettive entro una settimana (salvo classe I)	100%		90%	100%	90-100%	80-90%	70%

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SPESAL NORD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015 (ad iso risorse)	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE (PTPC) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) AZIENDALE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI									
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica, completo e tempestivo aggiornamento dei dati sui sistemi gestionali ed alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI ATTIVITA' SU SISTEMI INFORMATIVI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 e Progetto obiettivo : START-UP CSA PROV. DI LECCE (quota competenza SPESAL)									
Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro	Vigilanza attività produttive	Unità locali controllate su censite - > 5% (LEA)	6.7%		6%	100%-95%	94%-90%	89%-80%	<80 %
Riduzione incidenza infortuni	Ispezioni per:	N° U. Ispezionate				100%-95%	94%-90%	89%-90%	< 80%
	Infortuni	Inchieste infortuni richieste da Procura (protocollo d'intesa Procura/ASL/INAIL/DTL del 12/03/2013) 100%	100% (33)		100%				
	Conduzione di un piano mirato di vigilanza in Edilizia	Percentuale di cantieri edili ispezionati rispetto ai cantieri notificati nell'annualità precedente	11,2%		12%				
	Conduzione di un piano mirato di vigilanza nelle aziende Agro-zootecniche	Numero di aziende vigilate nel settore agro-zootecnico targhet regionale (300 aziende)	40 unità locali		30 unità locali				
	Conduzione di un piano mirato di vigilanza/audit sugli obblighi aziendali di valutazione del rischio SLC	Numero di aziende LEA vigilate per rischio SLC nell'annualità di riferimento	n.a.		4				
	Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali relativi al Reach/CLP (Cfr. programma Reach)	Numero di interventi di vigilanza effettuati su schede dati di sicurezza	n.a.		2				
	Monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle attività di bonifica dell'amianto	Vigilanza attività di bonifica amianto (Numero di cantieri ispezionati) / (n° piani + notifiche pervenute)	4,6 dei piani di bonifica (art.254)		15%	100%-95%	94%-90%	89%-80%	<80%
Riduzione incidenza Malattie Professionali	Prevenzione:	Prevenzione:	Prevenzione		Prevenzione:				
a) igiene e sicurezza luoghi di lavoro	a) Pareri preventivi su progetti Nuovi Insediamenti Produttivi e per loro Agibilità	a) N° Pareri su quelli richiesti	100% (632)		100% delle richieste				
b) contrasto ed emersione malattie professionali	b.1) Inchieste Procura per denunce malattie professionali (protocollo d'intesa Procura/ASL/INAIL/DTL del 12/03/2013)	b.1) N° Inchieste su richiesta dalla Procura 100%	100% (n.16)		100% delle richieste				
	b.2) Visite preventive per idoneità al lavoro	b.2) n° visite per idoneità su quelle richieste 100%	100% (n.729)		100% delle richieste				
	b.3) ricorsi ex art. 41	b.3) n° ricorsi ex art. 41 esaminati su presentati: 100%	100% (7)		100% delle richieste				
	b.4) Promuovere una corretta sorveglianza sanitaria in edilizia	b.4) Numero aziende edili vigilate per le quali è stata controllata l'idoneità della sorveglianza sanitaria	n.a.		20%	100%-95%	94%-90%	89%-80%	<80%

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SPESAL NORD

						SISTEMA DI VALUTAZIONE			
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015 (ad iso risorse)	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
	b.5) Promuovere il coordinamento e l'uniformità delle procedure di vigilanza attraverso il recepimento di un modello condiviso di esame della VDR per SLC	eventi formativi personale / datori di lavoro / medici competenti	n.a.		1				
c) Miglioramento della capacità di riconoscimento dei danni da esposizione ad agenti cancerogeni	c.1) coordinamento e partecipazione al gruppo di lavoro regionale Agenti Cancerogeni	elaborazione elenco dei tumori a possibile origine professionale con relativo impatto presunto per ogni ASL (in relazione alla specifica neoplasia di interesse in ogni territorio)	n.a.		1 (*)				
	c.3) definizione delle procedure di collaborazione CIC – INPS – SPESAL per la individuazione delle neoplasie di possibile origine professionale (studio neoprof)	Elaborazione delle procedure per la ricerca attiva delle neoplasie professionali tramite CIC dal gruppo di lavoro di cui sopra	n.a.		1 (*)				
	c.4) compilazione del questionario di primo livello Neoprof attraverso i componenti ASL della commissione invalidi civili.	% delle CIC attivate nella ricerca attiva di neoplasie	n.a.		n.a.				
Informazione / Formazione igiene e sicurezza sul lavoro compresi fitosanitari	organizzazione e/o partecipazione ad eventi formativi/informativi rivolti ai protagonisti della sicurezza sul lavoro (datore di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori e altri).	n°eventi	Corsi di Formazione		Corsi di Formazione	100%-95%	94%-90%	89%-80%	<80%
	a) In materia di Stress lavoro correlato	n°eventi	n.a.		1				
	b) In materia di cancerogeni	n°eventi	n.a.		1 (*)				
	c) In materia di agricoltura	n°eventi	n.a.		5				
	d) In materia di movimentazione manuale dei carichi	n°eventi	n.a.		1				
	e) per gli operatori CIC (operatori delle commissioni invalidi civili) progetto NEOPROF	n°eventi	n.a.		1 (*)				

(*) risorse aggiuntive del progetto START-UP CSA PROVINCIA DI LECCE

DIPARTIMENTO PREVENZIONE - SPESAL SUD

					SISTEMA DI VALUTAZIONE				
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	RISULTATO 2014	PESO	RISULTATO ATTESO 2015 (ad iso risorse)	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA									
RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE E CORRUZIONE		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
RISPETTO DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E RISPETTO TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI NAZIONALI E		QUALITATIVO SI / NO				SI			NO
Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in	CORRETTA, COMPLETA E TEMPESTIVA REGISTRAZIONE DATI				100%	100%	99% - 100%		Se < a 99%
QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE CURE									
PROMUOVERE INTERVENTI DI PREVENZIONE									
Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro	Vigilanza attività produttive	Unità locali controllate su censite - > 5%	4,60%		6,0%	100%-95%	94%-90%	89%-80%	<80 %
Riduzione incidenza infortuni	Ispezioni per:	N° U. Ispezionate Inchieste infortuni	Inchieste infortuni n. 62		100%	100%-90%	89%-85%	84%-80%	< 80%
	Infortuni	Procura 100%							
	Edilizia 6% (*)	12% (216/1889)			10%				
	Iniziativa	Agricoltura	21 unità locali		15 Unità locali				
	Reach	Aziende rischio agenti chimici							
Riduzione incidenza Malattie Professionali	Prevenzione:					100%-90%	89%-85%	84%-80%	<80%
	a) Pareri preventivi (art. 10 DPR 160/2010; art. 67 D.Lgs. 81/08; NIP; Agibilità	a) N° Pareri 100%	a) Pareri Preventivi N° 202 Con sopralluoghi N° 41		a) 100% delle richieste				
	b) Malattie professionali: - inchieste Procura - pratiche banca dati MAL Prof.	b.1)N° Inchieste Procura 100% -	b.1) Inchieste Malattie Professionali n.12		b.1) 100% delle richieste				
		b.2)Banca dati Mal Prof.n. casi	b.2) n casi MALPROF N°		b.2) n. casi MALPROF				
	c) Accertamenti sanitari: Visite per idoneità ricorsi ex art. 41	C.1) N° Visite mediche e ricorsi ex art. 41 100%	c) Visite per idoneità e ricorsi art. 41 N. 203		c) 100% delle richieste				
Formazione	Corsi di Formazione per D.L., RSPP, Lavoratori, RLS, Coordinatori N°	N° Ore	N° Ore 90		N° 90	100%-90%	89%-85%	84%-80%	<80%
		N° persone formate	Persone Formate 120		Persone Formate 120				