



**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **2419**

DATA: **24/11/2020**

OGGETTO: **PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022 RIMODULAZIONE E
ASSEGNAZIONE DEI BUDGET OPERATIVI 2020**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Avv.to Stefano Rossi in qualità di Direttore Generale nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 del 04/09/2018

Con il parere favorevole del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del Dott. Andrea Chiari - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Controllo di Gestione

Estensore: Barbara Caliandro

Istruttore: Barbara Caliandro

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: GIUSEPPE LEONE

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.: ANTONIO CONOCI

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-2715-2020**

DATA: **19/11/2020**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

**B54450DE88990FAFED2D156E0E544D90A88129C50B
7D85F24A918D0C8D798D06**

Allegato A&B

**DF48B0B63712A679564237E8DD2108429D781075EC9
3D4AA41CFC0B79C58A3D2**

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE (nominato con deliberazione di Giunta Regionale n.1507 del 04/09/2018)

OGGETTO: PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022 RIMODULAZIONE E ASSEGNAZIONE DEI BUDGET OPERATIVI 2020

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

PREMESSO CHE

- Con deliberazioni del D.G. n. 201 del 31/01/2020, la Direzione Aziendale ha approvato, ai sensi dell'articolo 10 del D.Lgs. 150/2009, il Piano Triennale della Performance 2020-2022 che, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio:
 - individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
 - definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa ed individuale;
- La Direzione Aziendale, in aderenza a quanto previsto dal regolamento sul funzionamento del sistema di misurazione e valutazione delle performance ha avviato, sin dall'inizio dell'anno 2020 il processo di budget, e che, in seguito alla pandemia COVID-19, è stata costretta ad interromperlo nella fase immediatamente precedente a quella della negoziazione degli obiettivi operativi con le singole strutture aziendali;

Atteso che

- la Direzione Aziendale, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, con delibera del DG n.1018/2020, ha ritenuto confermare per il primo semestre 2020 gli obiettivi fissati per il 2019 (giusta delibera D.G. n. 1813 del 24/07/2019) tenendo naturalmente conto dell'impatto che l'emergenza COVID-19 ha avuto nella realizzabilità degli stessi e ha aggiunto a questi un obiettivo specifico legato allo stato emergenziale che si sostanzia nel: ***“concorrere alla realizzazione di percorsi finalizzati al contenimento del contagio e alla piena funzionalità del “piano aziendale COVID-19”;***

RILEVATO CHE il Piano delle Performance adottato con delibera del DG n. 201/2020 è stato elaborato tenendo conto di indicazioni regionali e di scenari aziendali basato su situazioni epidemiologiche e di bisogno assistenziali normali e che, quindi, non teneva conto dei mutati scenari intervenuti a seguito della dichiarazione di stato di pandemia;

CONSIDERATO CHE, al fine di fronteggiare al meglio l'emergenza pandemica, questa Azienda ha dovuto rivedere la normale organizzazione del lavoro e degli spazi aziendali secondo i diversi indirizzi di programmazione regionale e nazionale che si sono succeduti nel tempo e che, tanto per il pregresso quanto per l'attuale periodo dell'emergenza, l'attività dell'Azienda ha subito pesanti ripercussioni sia dal punto di vista quantitativo (numero di prestazioni erogate) che qualitativo (tipologia delle prestazioni erogate);

RILEVATO INOLTRE CHE

- il perdurare dello stato di emergenza, e la relativa recrudescenza dello stato pandemico, non rende attuabile alcun processo di negoziazione di budget secondo i normali canoni di svolgimento;
- non è possibile lasciare questa Azienda priva di uno strumento **coerente** che permetta di addivenire alla misurazione e valutazione delle performance organizzative ed operativa delle strutture e del personale, che tenga conto dei mutati scenari operativi e dell'impegno che ogni operatore, ognuno secondo le proprie mansioni, sta profondendo con senso di abnegazione;

Tenuto pertanto conto di tutti i provvedimenti nazionali e regionali che, di fatto, hanno confermato e prorogato l'attuale stato di emergenza e ridisegnato, anche attraverso atti aziendali, l'offerta di prestazioni sanitarie, sia in ambito ospedaliero che territoriale, in funzione di una efficace risposta al bisogno assistenziale riveniente dalla situazione pandemica;

RITENUTO, per quanto innanzi, di procedere alla rimodulazione del predetto Piano approvato con delibera DG n. 201/2020 al fine di renderlo più coerente con l'attuale situazione organizzativa ed operativa, confermando le schede di budget 2019 per quella parte di obiettivi che trovano ancora coerenza operativa nello scenario aziendale 2020;

DELIBERA

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

1. di rimodulare il Piano delle Performance 2020, come risulta dall'allegato A al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di confermare, per tutto il 2020, l'impossibilità allo svolgimento del processo di negoziazione e assegnazione del budget;
3. di confermare, per estensione, gli obiettivi 2019, di cui all'allegato B, già assegnati con le Schede di Budget 2019 (giusta delibera D.G. n. 1813 del 24/07/2019) che trovano ancora coerenza operativa nello scenario aziendale 2020;
4. di espungere dal novero tutti quegli obiettivi che, in forza della situazione pandemica, impattano nella loro conseguibilità;
5. di garantire che, in sede di valutazione, a seguito di opportuno approfondimento, (anche mediante il confronto con l'OIV), determinata l'operatività delle singole strutture, di non valutare, a posteriori, quegli indicatori che, eventualmente, a causa di situazioni contingenti e non prevedibili, siano divenuti non conseguibili;
6. di considerare, stante la persistente dichiarazione di stato di emergenza, ed in particolare per i reparti e le strutture che afferiscono all'Ospedale COVID nonché per i servizi di prevenzione rivolta alla persona, l'assegnazione dell'obiettivo unico legato alla gestione del paziente COVID come meglio declinato nell'allegato A;
7. di confermare a tutto il 2020 l'obiettivo di budget COVID-19, già assegnato con delibera DG n.1018/2020, che si concretizza in: **“concorrere alla realizzazione di percorsi finalizzati al contenimento del contagio e alla piena funzionalità del “piano aziendale COVID-19”;**

8. di pubblicare il presente atto sul sito dell'ASL Taranto nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente/Performance;
9. di notificare il presente atto a tutti i Direttori di Struttura Complessa e ai componenti OIV;
10. di dare atto che il presente atto non comporta impegno di spesa;
11. di dare immediata esecuzione attesa la necessità e l'urgenza di provvedere in merito.

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Allegato A - Rimodulazione della performance organizzativa

Quello che è accaduto, a partire dalla primavera del 2020, ha avuto una portata imprevedibile e che ha comportato l'assunzione di decisioni che hanno avuto un impatto decisivo nello svolgimento dei processi assistenziali.

L'impatto dell'emergenza COVID sul nostro Sistema Sanitario è stata dirompente: ha visto uomini e mezzi impegnati senza sosta e senza risparmio alcuno.

Ciò ha creato condizioni mutevoli del contesto operativo, sia interno che esterno, condizionando in maniera importante l'intera strategia aziendale.

Si rende, pertanto, necessario per l'anno 2020, un profondo ripensamento delle modalità di misurazione e valutazione della performance, a cui ogni Ente è tenuta, con riferimento *all'amministrazione nel suo complesso e alle unità organizzative in cui si articola per il miglioramento della qualità dei servizi offerti, per la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.*

Alla luce di quanto innanzi diventa indispensabile una sostanziale rimodulazione del Piano triennale della Performance per la parte relativa all'anno 2020, attesa la sua natura di strumento con il quale l'Amministrazione formalizza il ciclo di gestione della performance e da cui discendono le metriche che consentono la misurazione e valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché la verifica dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi assegnati.

Coerentemente all'attuale situazione, considerato lo sforzo comune, diretto e indiretto, di tutte le articolazioni aziendali e, quindi, il carattere trasversale all'azione complessiva dell'azienda si conferma, a tutte le strutture sanitarie, amministrative e tecniche, l'obiettivo di **"concorrere alla realizzazione di percorsi finalizzati al contenimento del contagio e alla piena funzionalità delle "Direttive aziendali COVID-19"**, già assegnato con la delibera DG n. 1018/2020.

Verificato che l'emergenza COVID ha avuto un impatto diversificato sulle diverse strutture e servizi dell'Azienda, in alcuni casi totalizzante negli effetti, si rende opportuno suddividere le articolazioni aziendali in due gruppi, in considerazione del diverso grado di coinvolgimento nella gestione dell'emergenza epidemiologica da coronavirus:

1) un **primo gruppo** a cui vanno ricondotte tutte quelle Strutture, sanitarie e non, coinvolte direttamente e totalmente nella gestione della pandemia.

Per queste si ritiene di dover identificare un unico obiettivo generale prioritario, al quale tutti gli altri obiettivi operativi sono riconducibili, e cioè quello di: **promuovere, sostenere e portare a sistema tutte le attività necessarie per contrastare l'emergenza epidemiologica Covid 19**. In tali casi le numerose direttive aziendali hanno intercettato ed impattato su tutte le attività della struttura e su ogni risorsa umana, tecnologica ed economica della stessa e, pertanto, il risultato atteso sarà il grado di *compliance*/adeguamento alle direttive aziendali (raggiunto /sufficientemente raggiunto/parzialmente raggiunto / non raggiunto).

La valutazione finale della Performance organizzativa di queste strutture verrà effettuata dalla Direzione Strategica sulla base di una relazione accompagnatoria che i direttori dei singoli Centri di Responsabilità presenteranno sulla scorta delle risultanze degli indicatori e delle attività svolte nel periodo.

Sono da considerarsi interamente ad obiettivo COVID le seguenti strutture/centri di responsabilità aziendali:

- il Pronto Soccorso;
- la Centrale operativa 118;
- il reparto/servizio di Anestesia e Rianimazione e Terapia Intensiva;

- il reparto di Malattie Infettive;
- il reparto di Pneumologia;
- il servizio di Patologia Clinica;
- il servizio di Radiodiagnostica
- le direzioni mediche;
- l'SPP;
- il rischio clinico;
- Il SISP;
- Il SIAV A, B, C.

2) Un **secondo gruppo**, a cui vanno ricondotte tutte le altre strutture aziendali per le quali l'emergenza ha prodotto effetti e, in molti casi, una riorganizzazione impattante sui servizi e sulle prestazioni erogate.

Per questi Centri di Responsabilità valgono, in estensione, gli obiettivi già assegnati con le schede di budget 2019, opportunamente rimodulati (**come da allegato B**) e dai quali sono stati espunti tutti quelli che, in forza della situazione pandemica, non sono conseguibili.

Piano delle Performance 2020 - COVID

AREE	SUB - AREE	OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	Piano 2020 Target
PREVENZIONE	IGIENE SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi [Ind. Int.]	COVID
			Copertura vaccinale MPR nella popolazione bersaglio [Ind. MES B7.1]	COVID
			Copertura vaccinale antipneumococcico [Ind. Int.]	COVID
			Copertura vaccinale antimeningococcico C [Ind. MES B7.5]	COVID
			Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni) [Ind. MES B7.2]	COVID
			Copertura vaccinale Papillona Virus (HPV) [Ind. MES B7.3]	COVID
		Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare attraverso la diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione	% interventi educativi annui programmati e attuati nelle scuole [Ind. Int.]	COVID
		Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	% interventi educativi annui programmati e attuati nelle scuole [Ind. Int.]	COVID
		Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori)	Aggiornamento casistica Registro Tumori e Registro Malformazioni Congenite secondo programmazione CTS
		SICUREZZA DEGLI ALIMENTI	Garantire il rispetto delle procedure	% di SCIA chiuse nei termini previsti [Ind. Ind.]
	% di verifiche preliminari alla realizzazione e/o attivazione di imprese di produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e bevande [Ind. Int.]			100%
	Riduzione contaminazione alimenti		% di controlli per attività relative a produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio [Ind. Int.]	100%
			% di controlli effettuati presso gli impianti di deposito di alimenti di origine animale [Ind. Int.]	Almeno 25%
			% di controlli sul latte nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e vendita [Ind. Int.]	Almeno 25%
	PREVENZIONE INFORTUNI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	% di imprese attive sul territorio controllate [Ind. Int.]	> 5%
			% di cantieri ispezionati [Ind. Int.]	Almeno 10%
			% di cantieri controllati dagli SPESAL in relazione alle attività di bonifica da amianto [Ind. Int.]	Almeno 15%
		Educazione alla prevenzione	Numero di eventi di educazione alla prevenzione nei luoghi di lavoro [Ind. Int.]	COVID
			% di cantieri controllati dagli SPESAL in relazione alle attività di bonifica da amianto [Ind. Int.]	Almeno 15%
	TUTELA DELLA SALUTE	Miglioramento igiene e sicurezza negli ambienti di vita	Numero di sopralluoghi ai fini della verifica dei requisiti igienico-sanitari negli ambiti delle attività ricettive, sportive, professioni e arti sanitarie, assistenziali [Ind. Int.]	Mantenimento/aumento rispetto all'anno precedente
	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli allevamenti	% di allevamenti controllati per TBC bovina [Ind. Int.]	COVID
			% di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina [Ind. Int.]	COVID
			% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina [Ind. Int.]	COVID
			% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale [Ind. Int.]	COVID
			% di controlli presso gli esercizi per la vendita di alimenti zootecnici [Ind. Int.]	COVID
			% di strutture ricovero cani controllate [Ind. Int.]	COVID
			% di ambulatori e cliniche veterinarie controllate [Ind. Int.]	COVID
		Controllo del fenomeno del randagismo	% di cani randagi catturati, identificati ed iscritti all'Anagrafe Canina Regionale [Ind. Int.]	COVID
	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Estensione: % donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione [Ind. MES B5.1.1]	COVID
			Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate [Ind. MES B5.1.2]	COVID
			Estensione: % di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione [Ind. MES B5.2.1]	COVID
			Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate [Ind. MES B5.2.2]	COVID
Estensione: % di persone invitate allo screening colorettrale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione [Ind. MES B5.3.1]			COVID	
Adesione: % di persone che hanno partecipato allo screening colorettrale rispetto alle persone invitate [Ind. MES B5.3.2]			COVID	

AREE	SUB - AREE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	Piano 2020 Target	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Capacità di governo della domanda	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	Mantenimento Performance 2018	
			Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	Mantenimento Performance 2018	
			Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica [Ind. MES C7.7]	COVID	
			Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 abitanti residenti 0-17 anni [Ind. MES C7d.19.2]	COVID	
			Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 abitanti residenti 2-17 anni [Ind. MES C7d.19.1]	COVID	
		Appropriatezza e qualità	Indicatore di trasferibilità [Ind. Int.]	COVID	
			% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	<=35%	
			Riduzione degenza media pre-operatoria (Patto della Salute) [Ind. MES C3]	COVID	
			Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg [Ind. PNE302]	>=70%	
			Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1 gg [Ind. Int.]	COVID	
			% ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	COVID	
			% di prostatectomie transuretrali [Ind. MES C5.3]	>=85%	
			Indice di case mix [Ind. MES C1.5]	>=1	
			% parti cesarei depurati – NTSV – [Ind. MES C7.1, PNE37]	25% PN > 1.000 parti 15% PN < 1.000 parti	
			% episiotomie depurate – NTSV – [Ind. MES C7.3]	<=25%	
	% parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [Ind. MES C7.6]		<5%		
	PRONTO SOCCORSO E 118		% di abbandoni Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	COVID	
		Intervallo Allarme – Target dei mezzi di soccorso [Ind. MES C16.11]	COVID		
		% accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti [Ind. MES C16.1]	COVID		
		% accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora [Ind. MES C16.2]	COVID		
		% accessi ripetuti in PS entro le 72 ore [Ind. MES C16.10]	COVID		
		% pazienti ricoverati da PS con DRG inappropriato [Ind. Int.]	COVID		
		% di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione [Ind. MES C16.7]	COVID		
		% di accessi al PS inviati al ricovero con permanenza entro le 8 ore [Ind. MES C16.4]	COVID		
		% fratture collo del femore operate entro 2 gg dall'ammissione [Ind. MES C5.2, PNE420]	>=90%		
		% fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate [Ind. MES C5.12]	>=90%		
	TUTTE LE AREE	Qualità dei percorsi	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia e perone [Ind. PNE68]	<3	
			Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni [Ind. PNE6]	>=70%	
			Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	<=30gg	
			Attesa media prima del ricovero per interventi per tumore della mammella [Ind. MES C10.4.11]	<=26gg	
			Attesa media prima del ricovero per interventi tumore alla prostata [Ind. MES C10.4.2]	<=45gg	
			Attesa media prima del ricovero per interventi tumore al colon [Ind. MES C10.4.3]	<=15gg	
			Attesa media prima del ricovero per interventi tumore al retto [Ind. MES C10.4.4]	<=15gg	
			Attesa media prima del ricovero per interventi tumore al polmone [Ind. MES C10.4.5]	<=25gg	
			Attesa media prima del ricovero per interventi tumore all'utero [Ind. MES C10.4.6]	<=25gg	
			% prescrizioni specialistiche informatizzate	>90% del totale	
			Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	<=20% storico (Fonte: farmacia)	
			Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int.]	90% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia	
			Attività extra regionale	% attrazioni extra-regione – DRG alta complessità [Ind. MES C30.3.2.2]	COVID
			Soddisfazione dell'utenza	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti – secondo i codici di priorità [Ind. Int.]	COVID

AREE	SUB - AREE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	Piano 2020 Target
ASSISTENZA TERRITORIALE	Salute mentale	Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	>=10,82
			% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici [Ind. MES C8a.13.2]]	Miglioramento Performance 2019
			Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche [Ind. MES C15.8]	COVID
	Dipendenze patologiche	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico [Ind. Int.]	Relazione
			Numero di eventi di educazione sanitaria anti-fumo nelle scuole	COVID
			Numero di eventi di educazione sanitaria contro l'abuso di alcool nelle scuole	COVID
			Numero di eventi di educazione ai corretti stili di vita per contrastare il fenomeno delle ludopatie nelle scuole	COVID
			Aumento del numero dei contatti delle equipe dedicate al GAP	Mantenim./aumento
	Capacità di governo della domanda	Miglioramento presa in carico dei pazienti cronici	N. Ricoveri cronici/Popolazione cronici per 1.000 abitanti	COVID
			Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni [Ind. MES C11a.1.1]	COVID
			Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni [Ind. MES C11a.2.1]	COVID
	Assistenza domiciliare e territoriale	Potenziamento assistenza	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni [Ind. MES C11a.3.1]	COVID
			Popolazione trattata in assistenza domiciliare	Mantenimento/aumento rispetto all'anno precedente
			% Anziani in Cure Domiciliari con valutazione [Ind. MES B28.1.2]	8%
			% Anziani > 65 anni in ADI [Ind. MES B28.1.1]	>=3,5
	Assistenza Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Programmazione e Implementazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza)	Relazione
			% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC) [Ind.Int.]	Epoitine >60% Fattori della crescita stimolanti le colonie >85% Anti TNF alfa >30% Insulina giargine >50%
			% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antiipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antiipertensivi); F12.11a-Sartani]	>= 82%
			Consumo di antibiotici in età pediatrica – [Ind. MES C9.8.1.1.1]	Mantenimento/aumento rispetto all'anno precedente
			Consumo di cefalosporine in età pediatrica – [Ind. MES C9.8.1.1.2]	Mantenimento/aumento rispetto all'anno precedente
Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate			164,00 euro	
% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)			90%	
Numero di pazienti naive posti in trattamento con farmaci NAO			Miglioramento Performance 2019	
% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi			COVID	
% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	COVID			

AREE	SUB - AREE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	Piano 2020 Target
DIREZIONE STRATEGICA	Aspetti economico-finanziari	Efficienza operativa	Rispetto dei tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica [DGR n.727/2019]	COVID
			Rispetto dei tetti di spesa per i dispositivi medici [DGR n.878/2019]	COVID
			Rispetto dei tetti di spesa per materiale diagnostico [DGR n.878/2019]	COVID
		Miglioramento tempi di pagamento	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 [Ind.Int.]	0
	Sanità digitale	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int.]	100%
			Num: Numero di prenotazioni informatiche; Den: Totale prestazioni per interni [Ind.Int.]	>=95%
			Verifica della copertura informativa prevista in relazione ai flussi specifici per area	>=95
	Legalità trasparenza e risk management	Corretta applicazione delle regole	Redazione di almeno due verbali anno [Ind.Int.]	COVID
			Attuazione del Piano dell'Anticorruzione e della Trasparenza ed Adempimenti Correlati	Adozione
	Responsabilizzazione ed efficienza aziendale	Efficienza organizzativa	Attività di struttura per Certificazione del Bilancio (PAC)	Adozione
			Chiusura dei magazzini con rilevazione fisica e a valore delle giacenze	Rimanenze Finali
		Efficienza operativa	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa al procedimento di ordine, riscontro e liquidazione	Adozione
			Sottoscrizione accordi contrattuali entro il termine definito dalla Regione ed in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta Regionale per ciascuna tipologia di struttura	Rispetto dei termini
			Rispetto dei criteri di ripartizione delle risorse (correlazione tra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato) fissati dalla Giunta Regionale con le con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009, n. 1500/2010 e n. 981/2016	Rispetto
		Gestione del rischio clinico	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	Segnalazioni
		Miglioramento della qualità dei servizi	Monitoraggio della soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi	COVID

ALLEGATO B – Obiettivi operativi

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	<=15%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	>=80%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	<=35%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	<2gg
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Percentuale di prostatectomie transuretrali [Ind. MES C5.3]	>=85%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni [Ind. PNE302]	>=70%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	<=10%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per asma (2-17 anni) [Ind. MES C8a.19.1]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per gastroenterite [Ind. MES C8a.19.2]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.1.1]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) [Ind. MES C11a.2.1]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.3.1]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	<4%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MATERNO INFANTILE	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	% Parti cesarei depurati - NTSV - (DGR 191/2018) [Ind. MES C7.1 - PNE37]	PN<=1000 parti <=15% PN>1000 parti <=25%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MATERNO INFANTILE	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	% Episiotomie depurate - NTSV - [Ind. MES C7.3]	<=25%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MATERNO INFANTILE	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [Ind. MES C7.6]	<5%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti [Ind. MES C16.1]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora [Ind. MES C16.2]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore [Ind. MES C16.10]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione [Ind. MES C16.7]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore [Ind. MES C16.4]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	% pazienti ricoverati da PS con DRG inappropriato [Ind.Int. 03]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	% OBI esitati in Ricovero - N. OBI esitati in ricovero / Totali degli OBI in PS [Ind.Int. 52]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	>=75%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	Indice di Saturazione dei servizi di Anestesia: NUM: Numero di procedure die, come da SDO, per Anestesista/DEN Numero di Giorni lavorativi per Anestesista, come da procedura di rilevazione presenza [Ind.Int. 60]	COVID

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate [Ind. MES C5.12]	>=90%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico [Ind. PNE68]	<3gg
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni [Ind. PNE6]	>=70%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	<=30gg
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella [Ind. Mes C10.4.1]	<=26gg
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata [Ind. Mes C10.4.2]	<=45gg
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon [Ind. Mes C10.4.3]	<=15gg
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto [Ind. Mes C10.4.4]	<=15gg
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone [Ind. Mes C10.4.5]	<=25gg
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero [Ind. Mes C10.4.6]	<=25gg
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	% Attrazioni extra ed infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	>=1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo - Appropriata prescrizione	Consumo ProCapite Prestazioni di Laboratorio [Ind.Int. 63]	Mantenimento/ miglioramento sul dato storico
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo - Appropriata prescrizione	Consumo ProCapite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni [Ind.Int. 64]	Mantenimento/ miglioramento sul dato storico
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo - Accesso ai servizi della medicina territoriale	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/v verde [Ind.Int. 65]	Mantenimento/ miglioramento sul dato storico
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo - Accesso ai servizi della medicina territoriale	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori (0-14 anni) con codice di dimissione bianco/v verde [Ind.Int. 66]	Mantenimento/ miglioramento sul dato storico
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	Mantenimento/ miglioramento sul dato storico
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	Relazione [Ind.Int. 17]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione v olto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento dell'assistenza ambulatoriale territoriale ovvero della riprogrammazione delle ore in convenzione.	Indice di produttività: Numero medio di prestazioni/Ore in convenzione - Per branca [Ind.Int. 61]	COVID
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento ADI	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione [Ind. MES B28.1.2]	>=3%
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA TERRITORIALE	Accessibilità ADI	(Numero popolazione >65anni trattati in ADI/Popolazione >65 anni residente) * 100 [Ind.Int. 62]	>=1,5%
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	Mantenimento/ miglioramento sul dato storico
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	COVID
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	Mantenimento/ miglioramento sul dato storico

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Miglioramento del rapporto tra prescrizione al primo ciclo terapeutico (diretta) e prescrizioni erogate [Ind.Int. 57]	90%
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Verificare il rispetto delle disposizioni regionali sul corretto utilizzo del farmaco effettuando uno stretto monitoraggio delle prescrizioni mediche	Relazione sulle attività di controllo relativo alle prescrizioni mediche [Ind.Int. 54]	Evidenza documentale
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Monitorare l'andamento relativo alla spesa e ai consumi dei medicinali in farmacia convenzionata, come da elenco ATC (pagine da 162 a 164 PIANO OPERATIVO) A-SSR rispetto al raggiungimento degli obiettivi economici prefissati (GOFAR03)	Spesa lorda x1000 assistibili/die [Ind.Int. 55]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antipertensivi); F12.11a-Sartani) [Ind. MES F12a.XX]	>80%
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Organizzare giornate formative e gruppi di medici nei quali presentare e rilasciare degli specifici "pacchetti informativi" sul corretto utilizzo dei farmaci, v.olti a: • indirizzare le prescrizioni mediche verso farmaci con maggior rapporto costo/efficacia per categoria terapeutica; • incrementare l'utilizzo di farmaci equivalenti a brevetto scaduto; • un maggior rispetto delle indicazioni limitative e indicate dalle Note AIFA; • un monitoraggio costante, in termini di aderenza alla terapia, dei pazienti avviati ai trattamenti farmacologici, in modo da evitare inutili sprechi di medicinali dovuti ad inefficacia terapeutica (GOFAR03)	Relazione Eventi formativi svolti [Ind.Int. 56]	COVID
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	Consumo di antibiotici in età pediatrica - DDD (SPESA) [Ind. MES C9.8.1.1.1]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	Consumo di cefalosporine in età pediatrica- DDD (SPESA) [Ind. MES C9.8.1.1.2]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	COVID
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	COVID
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13 (*)]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	COVID
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Tempi di Pagamento dei fornitori	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 ovvero nel rispetto delle DGR Regionali in materia di accordi contrattuali con i soggetti in convenzione [Ind.Int. 14]	0
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	Razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica - Intervento GOTE 02.11 - DGR 659/2018 - Conto 700.100.00060 - Materiale protesico famiglia diretta (ass. prot.) Conto 706.115.00005 - Assistenza protesica tramite strutture private Valore medio pro capite [Ind.Int. 78]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi (*)	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	100%
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Cosituzione del Nucleo di Controllo Interno (NCI) ai sensi della DGR 90/2019 [Ind.Int. 58]	COVID
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Realizzazione delle attività di controllo interno della appropriatezza delle prestazioni erogate secondo le quote indicate nella DGR 90/2019 [Ind.Int. 59]	COVID
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	COVID
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	COVID

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura v. vaccinale esav. alente a 24 mesi	(Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, v. vaccinati con cicli completi [3 dosi] per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib / Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita)* 100 [Ind.Int. 22]	COVID
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura v. vaccinale MPR nella popolazione bersaglio	(Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, v. vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR / Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita)* 100 [Ind. MES B7.1]	COVID
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura v. vaccinale antipneumococcico	(Numero cicli vaccinali (3 ^a dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcico / Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre)* 100 [Ind.Int. 23]	COVID
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura v. vaccinale antimeningococcico C	(Numero cicli v. vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre 2015 per Antimeningococcico C / Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre)* 100 [Ind. MES B7.5]	COVID
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura v. vaccinale per v. vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	(Numero di soggetti di età >= 65 anni v. vaccinati per influenza / Numero di soggetti di età >=65 anni residenti)* 100 [Ind. MES B7.2]	60% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO)
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura v. vaccinale Papilloma Virus (HPV)	Cicli v. vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento / N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età [Ind. MES B7.3]	COVID
G	Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare attraverso la diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione	PREVENZIONE	Numero interventi educativi annuali programmati e attuati nelle scuole	(Numero interventi educativi annuali effettuati nelle scuole / Numero interventi programmati)* 100 [Ind.Int. 24]	COVID
G	PROFLASSI MALATTIE INFETTIVE	PREVENZIONE	Garantire l'effettuazione di indagini epidemiologiche in relazione alle denunce ricevute	Numero indagini epidemiologiche effettuate [Ind.Int. 25]	COVID
G	IGIENE E SICUREZZA AMBIENTI DI VITA	PREVENZIONE	Garantire la copertura ottimale dei sopralluoghi ai fini della verifica dei requisiti igienico-sanitari nei negozi ambenti delle attività ricettive, sportive, professione e arti sanitarie, assistenziali.	Numero di sopralluoghi [Ind.Int. 26]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Chiusura delle procedure di Segnalazione Certificata di inizio attività (SCIA) entro i termini previsti	(Numero SCIA concluse nei termini / Totale SCIA pervenute)* 100 [Ind.Int. 27]	>=90%
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire la piena copertura delle verifiche preliminari alla realizzazione e/o attivazione di imprese di produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e bevande	(Numero Verifiche / Numero imprese realizzate o attivate)* 100 [Ind.Int. 28]	1
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire la piena copertura dei controlli per attività relative a produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio	(Numero controlli effettuati / Numero nuove aziende attivate)* 100 [Ind.Int. 29]	1
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Organizzazione di eventi di formazione nei confronti di terzi	Numero di eventi [Ind.Int. 30]	COVID
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto dei controlli per tipologia OSA, come da piano	(Numero controlli effettuati / Numero attività soggette a controllo)* 100 [Ind.Int. 31]	Da tabella
G	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	PREVENZIONE	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	% di imprese attive sul territorio controllate = (Unità produttive e CONTROLLATE / Unità produttive e ATTIVE presenti sul territorio e soggette a controllo)* 100 [Ind.Int. 32]	> 5%
G	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	PREVENZIONE	Prevenzione infortuni mortali ed invalidanti in edilizia	(Numero cantieri ispezionati sul territorio aziendale / Totale cantieri notificati sul territorio aziendale)* 100 [Ind.Int. 33]	Almeno 10%
G	Tutela della salute	PREVENZIONE	Attività di vigilanza e controllo svolte dagli SPESAL in relazione alle attività di bonifica da amianto ai sensi del D. Lgs 277/91	(Numero cantieri di bonifica amianto ispezionati / Totale piani di lavoro per bonifica amianto pervenuti allo stesso SPESAL)* 100 [Ind.Int. 34]	Almeno 15%
G	Tutela della salute	PREVENZIONE	Attività di vigilanza e controllo svolte dagli SPESAL	(Numero aziende ispezionate (aziende ispezionate tutti i comparti + aziende visitate per l'espressione di pareri) / Tot. insediamenti produttivi con dipendenti censiti INAIL (PAT attivo o con n. addetti > 1 o artigiani > 2))* 100 [Ind.Int. 35]	Almeno 5%
G	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	PREVENZIONE	Realizzare eventi di educazione alla prevenzione	Numero di eventi di educazione alla prevenzione nei luoghi di lavoro [Ind.Int. 36]	COVID
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi	% di allevamenti controllati per TBC bovina = (Numero allevamenti controllati / Numero allevamenti da sottoporre a controllo)* 100 [Ind.Int. 37]	COVID
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi	% di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina = (Numero allevamenti controllati / Numero allevamenti da sottoporre a controllo)* 100 [Ind.Int. 38]	COVID
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Anagrafe animale - Controllo delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana ed animale	% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina = (Numero totale aziende ovicaprine controllate / Numero totale aziende ovicaprine)* 100 [Ind.Int. 39]	COVID
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Controllo e contenimento del fenomeno del randagismo.	(Numero cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / Numero cani randagi catturati)* 100 [Ind.Int. 40]	COVID
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Controllo e contenimento del fenomeno del randagismo.	(Numero cani randagi sottoposti a sterilizzazione / Numero cani randagi catturati)* 100 [Ind.Int. 41]	COVID
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto dei controlli per tipologia di OSA di interesse SIAV B, come da piano	(Numero controlli effettuati / Numero attività soggette a controllo)* 100 [Ind.Int. 42]	COVID
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto dei controlli presso gli impianti di deposito di alimenti di origine animale	(Numero controlli effettuati / Numero attività soggette a controllo)* 100 [Ind.Int. 43]	Almeno 25%
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto della sorveglianza e dei controlli sul latte nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e vendita	(Numero controlli effettuati / Numero attività soggette a controllo)* 100 [Ind.Int. 44]	Almeno 25%
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto della sorveglianza e dei controlli sul corretto smaltimento dei sottoprodotti di origine animale	(Numero controlli effettuati / Numero attività soggette a controllo)* 100 [Ind.Int. 45]	Almeno 25%
G	Igiene degli allevamenti	PREVENZIONE	Garantire il controllo per la riduzione del rischio di uso di farmaci illeciti e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari	% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale = (Numero campioni analizzati / Numero campioni programmati)* 100 [Ind.Int. 46]	> 99%
G	Igiene degli allevamenti	PREVENZIONE	Garantire il controllo degli esercizi addetti alla vendita di alimenti zootecnici	(Numero controlli presso gli esercizi per la vendita di alimenti zootecnici / Numero di esercizi per la vendita di alimenti zootecnici)* 100 [Ind.Int. 47]	Almeno 25%
G	Igiene degli allevamenti	PREVENZIONE	Garantire il controllo sul benessere degli animali d'affezione nelle strutture di ricovero	(Strutture ricovero cani controllate / Totale strutture ricovero cani)* 100 [Ind.Int. 48]	Almeno 25%
G	Igiene degli allevamenti	PREVENZIONE	Garantire il controllo delle strutture veterinarie	(Ambulatori e cliniche veterinarie controllate / Totale ambulatori e cliniche veterinarie autorizzate)* 100 [Ind.Int. 49]	Almeno 25%

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE	Prosecuzione delle attività dell'ambulatorio di secondo livello per la dipendenza da nicotina, integrato con i servizi del Dipartimento di Prevenzione e della Pneumologia territoriale	Relazione relativa alle attività e alle forme di integrazione dell'ambulatorio [Ind.Int. 67]	COVID
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE	Prosecuzione delle attività dell'ambulatorio di secondo livello per la dipendenza da nicotina, integrato con i servizi del Dipartimento di Prevenzione e della Pneumologia territoriale	% Presa in carico = (Soggetti in carico/soggetti richiedenti)*100 [Ind.Int. 68]	COVID
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EFFICIENZA	Visite periodiche nelle Comunità Terapeutiche, per il tramite dei SerD competenti territorialmente, finalizzate all'accertamento della permanenza dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento nelle more del rilascio, da parte della Regione, dell'accreditamento ai sensi del nuovo Regolamento regionale n. 10/2017.	Numero visite nelle Comunità Terapeutiche finalizzate all'accertamento [Ind.Int. 69]	COVID
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EFFICIENZA	Prevenzione, cura e riabilitazione del Gioco D'Azzardo Patologico- Piano di attività della Regione Puglia. Monitoraggio.	Relazione sul piano di avanzamento (SAL). Percentuale dei fondi utilizzati [Ind.Int. 70]	>50%
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	Realizzare eventi di informazione e formazione (dipendenza da fumo)	Num di eventi di educazione sanitaria antifumo [Ind.Int. 71]	> 3
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	Realizzare eventi di informazione e formazione (alcolismo)	Num di eventi di educazione sanitaria alcolismo [Ind.Int. 72]	> 3
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	Realizzare eventi di informazione e formazione (ludopatie)	Numero di eventi di educazione ai corretti stili di vita per contrastare il fenomeno delle ludopatie [Ind.Int. 73]	> 3
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	% di utenti che non si presentano al secondo/terzo appuntamento dopo il primo contatto (Fonte SISMI) [Ind.Int. 1DSM]	<=15%
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	% di ricoveri ripetuti dall'8° al 30° giorno per pazienti psichiatrici maggiorenni (Fonte SISMI) [Ind.Int. 2DSM]	<=15%
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	% di abbandoni dal trattamento farmacologico di pazienti minorenni in carico (Fonte Farmaceutica) [Ind.Int. 3DSM]	<=17%
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	% di pazienti in trattamento con farmaci LAI rispetto agli utenti in carico (Fonte Farmaceutica) [Ind.Int. 4DSM]	>=25%
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	% di abbandoni di pazienti minorenni in carico [Ind.Int. 5DSM]	<=25%
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	% di abbandoni dal trattamento di pazienti minorenni in carico [Ind.Int. 6DSM]	<=25%
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche su popolazione maggiorenne [Ind.Int. 7DSM]	<=290x100.000ab
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indice di performance degenza media per patologie psichiatriche [Ind.Int. 8DSM]	COVID
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Tasso di ricovero per TSO su popolazione maggiorenne [Ind.Int. 9DSM]	<=2,2x10.000ab
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni [Ind.Int. 10DSM]	COVID
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Definizione di raccordi formalizzati tra i PLS e il servizio di NPI per garantire una precoce formulazione del sospetto di ASD da parte dei PLS nell'ambito dei bilanci di salute [Ind.Int. 11DSM]	COVID
L	DART	QUALITA'	Garantire la sicurezza del paziente	Numero di eventi sentinella (lesioni da decubito, cadute, infezioni ospedaliere) insorti durante il ricovero in codice 56 sul totale dei ricoveri in codice 56 [Ind.Int. 1DART]	Tendente a 0
L	DART	QUALITA'	Miglioramento appropriatezza CLINICA DGR 2067/2013	% di ricoveri con potenziale inappropriatezza clinica rispetto al totale ricoveri, intesa come correlazione tra la tipologia di ricovero riabilitativo e l'evento acuto che ha preceduto il ricovero [Ind.Int. 2DART]	>=95%
L	DART	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza CLINICA DGR 2067/2013	% di ricoveri con potenziale inappropriatezza clinica rispetto al totale ricoveri, intesa come la distanza temporale tra l'evento acuto ed il successivo ricovero riabilitativo [Ind.Int. 3DART]	<=Tempo DRG 2067/2013
L	DART	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza CLINICA DGR 2067/2013	% di ricoveri con potenziale inappropriatezza clinica rispetto al totale ricoveri, intesa per i ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto [Ind.Int. 4DART]	<=10%
L	DART	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza ORGANIZZATIVA DGR 2067/2013	% di ricoveri con potenziale inappropriatezza organizzativa (ricoveri con durata inferiore alla soglia minima) [Ind.Int. 5DART]	Tendente a 0
L	DART	EFFICIENZA	Miglioramento efficienza	% giornate di degenza potenzialmente inefficienti rispetto al totale giornate di degenza (ricoveri con durata superiore alla soglia massima) [Ind.Int. 6DART]	<=20%
L	DART	EFFICIENZA	Miglioramento efficienza	Assolvimento attività ispettiva a presso strutture ex art.26 [Ind.Int. 7DART]	Almeno 2/anno

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
M	AGREF		Gestione del portale Governo/MEF per la certificazione dei debiti/crediti in applicazione del DLgs 35/2013 conv. L.64/2013	Numero certificazioni [Ind.Int.1AGREF]	1
M	AGREF		Riconciliare, con cadenza periodica, le risultanze del libro cespiti con quelle della contabilità generale	Differenza tra Valore Libro Cespiti e v valori evidenziati in Contabilità generale [Ind.Int.2AGREF]	Tendente a 0
M	AGREF		Verifica corretto uso dei fondi vincolati e rendicontazione semestrale	Rendicontazione [Ind.Int.3AGREF]	Evidenza documentale
M	AGREF		Svolgere v verifiche trimestrale relativ e alla tempestività dei pagamenti dei fornitori	Relazioni delle verifiche [Ind.Int.4AGREF]	Evidenza documentale
M	AGREF		Monitoraggio delle sopravvenienze passiv e con eventuale analitica destinazione delle stesse per centri ordinativi di spesa	Ammontare delle sopravvenienze passiv e con eventuale distinzione per centro ordinativo di spesa [Ind.Int.5AGREF]	<=2018
M	AGREF		Avvio della contabilità separata ALPI in accordo con la SSD CUP/ALPI e con l'area gestione del personale (ufficio ALPI)	Registrazioni contabili [Ind.Int.7AGREF]	Evidenza documentale
M	AGREF		Monitoraggio del mastro riferito alle entrate per liti vittoriose con distinzione fra sorte capitale e spese di lite	Ammontare del mastro [Ind.Int.8AGREF]	Evidenza documentale
M	AGREF		Ricognizione residuo fondi in Conto Capitale e loro utilizzo	Rendicontazione [Ind.Int.9AGREF]	Evidenza documentale
N	PERS		Predisposizione del Piano Annuale delle assunzioni, in relazione alle risorse assegnate e al rispetto dei vincoli economici e normativi e al rispetto della DGR 2416/2018	Piano del fabbisogno [Ind.Int.1PERS]	Evidenza documentale
N	PERS		Aggiornamento situazione giuridica del personale in servizio nell'Area Dotazioni Organiche di Edotto	Numero testa area dotazione organica di Edotto/ Numero teste trattamento economico [Ind.Int.2PERS]	>95%
N	PERS		Definizione dei fondi aziendali a consuntiv o per l'anno precedente e determinazione provvisoria per l'anno in corso entro i termini previsti	Adozione dell'Atto [Ind.Int.3PERS]	Evidenza documentale
N	PERS		Ricognizione degli incarichi dirigenziali in scadenza al fine di garantire la tempestiva definizione dei procedimenti di valutazione da parte della C.T.	Incarichi in scadenza/Incarichi avviati a valutazione [Ind.Int.4PERS]	0,75
N	PERS		Ricognizione del personale con attribuzione dei benefici della Legge 104, ovvero con Decreto di demansionamento o con esoneri.	Elenco del personale con specificazione [Ind.Int.5PERS]	Evidenza documentale
N	PERS		Garantire l'attivazione e la prosecuzione dei procedimenti negoziali con le OO.SS.	Tavoli Tecnici e sedute di contrattazione [Ind.Int.6PERS]	Evidenza documentale
O	PERS_PAC		Predisposizione del Piano Annuale delle assunzioni, in relazione alle risorse assegnate e al rispetto dei vincoli economici e normativi e al rispetto della DGR 2416/2018	Piano del fabbisogno [Ind.Int.1PERSPAC]	Evidenza documentale
O	PERS_PAC		Sottoscrizione accordi contrattuali e relativi a trasmissione al competente Servizio regionale in conformità allo schema-tipo contrattuale approvato -per singole tipologie di struttura	Sottoscrizioni contrattuali [Ind.Int.2PERSPAC]	Evidenza documentale
O	PERS_PAC		Ricognizione delle procedure concorsuali attivate e da attivare	Procedure attivate/(Procedure attivate + Procedure da attivare) [Ind.Int.3PERSPAC]	>=85%
O	PERS_PAC		Ricognizione dei residui su Fondi vincolati per l'assunzione di specifiche figure professionali nell'ambito di Progetti Regionali e Ministeriali	Residuo/Fondo [Ind.Int.4PERSPAC]	Tendenziale a zero
O	PERS_PAC		Aggiornamento situazione giuridica del personale in servizio nell'Area Dotazioni Organiche di Edotto	Numero testa area dotazione organica di Edotto/ Numero teste trattamento economico [Ind.Int.5PERSPAC]	>95%

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
P	PATRIMONIO		Aggiornamento dello scadenziario dei contratti di acquisto di beni e servizi con evidenza dei contratti in proroga, delle condizioni economiche di proroga e dei motivi di mancato espletamento delle procedure di gara.	Predisposizione dello scadenziario e aggiornamento trimestrale [Ind.Int.2PATRIMONIO]	Evidenza documentale
P	PATRIMONIO		Implementazione della procedura ordini anche per i cespiti ed i servizi, con indicazione del corrispettivo o Centro di Costo Aziendale	Ammontare importi rilevati in Contabilità Analitica / Ammontare importi rilevati in procedura ordini [Ind.Int.3PATRIMONIO]	>95%
P	PATRIMONIO		Manutenzione e gestione del Sistema di Inventariazione dei cespiti mediante l'uso dell'applicativo aziendale	Numero cespiti acquisiti anno in corso/Numero cespiti inventariati [Ind.Int.4PATRIMONIO]	>90%
Q	TECNICA		Pieno utilizzo delle procedure amministrative e contabili ai fini del corretto monitoraggio della spesa mediante emissione degli ordini informatizzati per centro di responsabilità	Ammontare importi rilevati in Contabilità Analitica / Ammontare importi rilevati in procedura ordini [Ind.Int.1TEC]	>=95%
Q	TECNICA		Avanzamento delle procedure e di esecuzione dei lavori con fondi FESR	Relazione SAL e aggiornamento cronoprogrammi [Ind.Int.3TEC]	Relazioni
Q	TECNICA		Messa a regime del Sistema di Inventariazione dei beni immobili mediante l'uso dell'applicativo aziendale	Ammontare dei beni immobili inventariati/Ammontare dei beni a Stato Patrimoniale [Ind.Int.4TEC]	1
Q	TECNICA		Aggiornamento del censimento e inventariazione di tutte le apparecchiature elettromedicali per Centro di Responsabilità con definizione del valore d'acquisto e del valore ammortizzato	Valore ammortizzato/Ammortamenti a CE [Ind.Int.5TEC]	1
Q	TECNICA		Rendicontazione degli importi di manutenzione per centri di responsabilità	Rendicontazione [Ind.Int.6TEC]	Evidenza documentale
Q	TECNICA		Ricognizione residuo fondi in Conto Capitale e relazione sulla loro destinazione d'uso	Relazione [Ind.Int.7TEC]	Evidenza documentale
Q	TECNICA		Ammontare delle sopravvenienze passive	Ammontare delle sopravvenienze passive [Ind.Int.8TEC]	<=2019
R	SOCIOSANITARIO		Esercizio dell'attività di vigilanza e controllo ai sensi dell'art.41 co.1 del R.R. 18.01.2007 n.4, L.R. n.19/2006 delle strutture Socio-Sanitarie convenzionate	Numero controlli effettuati/Numero strutture da Controllare [Ind.Int.1SOCSAN]	0,25
R	SOCIOSANITARIO		Prima ricognizione sulle strutture socio-sanitarie in applicazione della DGR 2417/2018 - Disposizioni in materia di accreditamento. Approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	Rendicontazione [Ind.Int.2SOCSAN]	Evidenza documentale
R	SOCIOSANITARIO		Monitoraggio degli accordi in scadenza per le diverse tipologie di strutture afferenti alla competenza del servizio	Rendicontazione [Ind.Int.3SOCSAN]	Evidenza documentale
R	SOCIOSANITARIO		Redazione e stipula degli accordi	Rendicontazione [Ind.Int.4SOCSAN]	Evidenza documentale

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
S	LEGALE		Ricognizione delle liquidazioni arretrate per parcelle avvocate e per atti giudiziari e abbattimento del pregresso	Definizione Ammontare [Ind.Int.1LEGALE]	Relazione ammontare
S	LEGALE		Rispetto dell'ordine cronologico per le liquidazioni delle parcelle inev ase	Rendicontazione [Ind.Int.2LEGALE]	Evidenza documentale
S	LEGALE		Ricognizione del contenzioso aziendale al fine di una corretta valutazione del fondo rischi aziendale, con indicazione delle quote parti riferibili al contenzioso del lavoro, civile, penale e amministrativo.	Stima dell'ammontare del contenzioso aziendale a rischio soccombenza da allocare nel fondo rischi e oneri [Ind.Int.3LEGALE]	Relazione sull'Ammontare e tabella di riferimento
S	LEGALE		Riduzione delle cause affidate all'esterno	Numero cause affidate all'esterno nell'anno corrente < Numero cause affidate all'esterno nell'anno precedente [Ind.Int.4LEGALE]	In diminuzione
S	LEGALE		Predisposizione delle liquidazioni dei provvedimenti giudiziari in tempo utile ad evitare l'aggravio di spesa derivante da atti di precetto e pignoramento	Ammontare delle somme derivanti da precetti e pignoramenti per mancato rispetto dei tempi [Ind.Int.5LEGALE]	<=2019
T	CdiG		Contribuire alla stesura e alla approvazione del Piano Triennale della Performance e della Relazione sulla Performance	Adozione del Piano delle Performance [Ind.Int.1CDIG]	Evidenza documentale
T	CdiG		Coordinare la Direzione Strategica nel processo di programmazione e nella formulazione del budget operativo	Adozione Schede di budget [Ind.Int.2CDIG]	Evidenza documentale
T	CdiG		Monitoraggio stati di avanzamento Budget	Reports [Ind.Int.3CDIG]	Pubblicazione nell'area documentale
T	CdiG		Fornire supporto all'Organismo indipendente di valutazione come da Regolamento per la Valutazione delle Performance	Partecipazione agli incontri; supporto e predisposizione report per le valutazioni come da regolamento [Ind.Int.4CDIG]	Relazione
U	DIR_PPOO		Applicazione uniforme delle procedure amministrative e delegate dalla Direzione Aziendale	Relazione [Ind.Int.1DIRPPOO]	Evidenza documentale
U	DIR_PPOO		Monitoraggio delle sopravvenienze passive	Ammontare delle sopravvenienze passive [Ind.Int.2DIRPPOO]	<=2019
U	DIR_PPOO		Pieno utilizzo delle procedure amministrative e contabili ai fini del corretto monitoraggio della spesa mediante emissione degli ordini informatizzati per l'acquisizione di beni e servizi	Ammontare importi rilevati in Contabilità Analitica / Ammontare importi rilevati in procedura ordini [Ind.Int.3DIRPPOO]	>=95%
U	DIR_PPOO		Adozione di regolamenti o soluzioni organizzative che normalizzino le modalità di fruizione degli spazi aziendali ovvero gli accessi ai servizi (ELIMINARE?)	Adozione e relazione [Ind.Int.4DIRPPOO]	Evidenza documentale
V	RISCLI		Potenziamento delle iniziative e attività a favore della diffusione della cultura della sicurezza mediante l'incremento degli audit clinici relativi ad eventi avversi e/o near miss	Numero di Audit Svolti [Ind.Int.1RISCLI]	Evidenza documentale
V	RISCLI		Stesura di protocolli finalizzati alla ottimizzazione delle procedure d'urgenza "Tempo Dipendenti", quali la gestione dell'emorragia digestiva e del dolore toracico, nonché l'implementazione dell'uso dei Carrelli per l'Emergenza	Definizione dei protocolli [Ind.Int.2RISCLI]	Evidenza documentale
V	RISCLI		Implementazione delle procedure di gestione dei sinistri con utilizzo delle dotazioni informative fornite dal nuovo broker	Relazione [Ind.Int.3RISCLI]	Evidenza documentale
V	RISCLI		Recepimento e formazione del personale in ordine alle raccomandazioni ministeriali	Eventi o atti formativi [Ind.Int.4RISCLI]	Evidenza documentale
W	EPI		Garantire gli standard di accreditamento del registro Tumori	Mantenimento degli standard [Ind.Int.1EPI]	Evidenza documentale
W	EPI		Rilevazione, correzione e validazione dei flussi regionali di competenza UOSE (CEDAP, ISTAT D.11, ISTAT D.12)	Assenza di rinvii [Ind.Int.2EPI]	Evidenza documentale
W	EPI		Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi regionali di competenza UOSE (CEDAP, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)	Invio dei flussi entro le scadenze previste dalla vigente normativa [Ind.Int.3EPI]	Rispetto dei tempi
W	EPI		Garantire la tempestività delle attività del Registro delle Cause di Morte	Schede Ricevute/Schede Caricate [Ind.Int.4EPI]	>=85%
W	EPI		Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi ministeriali di competenza UOSE (Modelli NSIS)	Invio dei flussi entro le scadenze previste dalla vigente normativa [Ind.Int.5EPI]	Rispetto tempi
W	EPI	Governo delle Liste di attesa	Monitoraggio ex ante delle prestazioni a maggior impatto critico al fine di consentire i tempestivi e opportuni interventi aziendali per la riconduzione dei tempi di attesa verso quelli previsti dal PNLA	Monitoraggio [Ind.Int.6EPI]	Evidenza documentale

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
Y	S118		Garantire continuità nei percorsi di governo clinico e nella gestione del rischio	Relazione sulle attività della Centrale 118 e delle Postazioni Territoriali dei SET. [Ind.Int.1S118]	COVID
Y	S118		Adozione di protocolli ai fini di una corretta definizione dei Triage telefonici da Centrale Operativa.	Redazione dei protocolli [Ind.Int.2S118]	COVID
Y	S118		Tendenziale azzeramento del numero di ricorsi alla Autorità Giudiziaria ovvero dei reclami eventualmente presentati all'URP	Numero ricorsi o reclami [Ind.Int.3S118]	COVID
Y	S118		Rispetto delle tempistiche d'intervento per area urbana ed extraurbana previste dalla legislazione nazionale vigente.	Intervento Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) [Ind. MES C16.11]	COVID
Y	S118		Interventi in codice Rosso e Giallo, riferiti ad episodi relativi a patologie tempo dipendenti, trasportati correttamente secondo le indicazioni della rete Hub&Spoke, del D.M. 70/2016	% Accessi in P.S. con codice rosso correttamente centralizzati [Ind.Int.4S118]	COVID
Z	Forma		Definizione PAF 2019	Adozione del PAF2019	Evidenza documentale
Z	Forma		Gestione delle Risorse	Budget Utilizzato/Budget Assegnato	>75%
AA	SPP		Garantire la Formazione del personale di comparto	Personale del Comparto formato/Personale del Comparto [Ind.Int1SPP]	COVID
AA	SPP		Proporre ed elaborare procedure di sicurezza per le varie attività aziendali, in particolare per quelle per cui più alto è il fattore di rischio	Procedure elaborate e proposte [Ind.Int2SPP]	COVID
AA	SPP		Qualora verificatisi, analisi degli incidenti e delle situazioni di emergenza occorsi in Azienda	Redazione dell'analisi [Ind.Int3SPP]	COVID
AB	URP		Collezione ed elaborazione dei questionari di Customer Satisfaction		Evidenza documentale
AB	URP		Aggiornamento Carta dei Servizi		Evidenza documentale
AB	URP		Campagne di informazione		Evidenza documentale
AB	URP		Pubblicità presso CUP ALPI		Evidenza documentale
AC	UVARP		Valutazione dei controlli analitici casuali nelle strutture private accreditate dei ricoveri esitati con DRGs non LEA, comprensivo dei ricoveri in Riabilitazione, strutture residenziali e semiresidenziali	SDO Controllate/SDO Valutate	>=10%
AC	UVARP		Eeguire il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo i volumi e le indicazioni definiti nel Piano Annuale dei Controlli	Numero verifiche come da Piano Annuale dei Controlli su Prestazioni Erogate/DayService	Rapp % come da Piano
AC	UVARP		Programmare incontri periodici con i dirigenti medici dei Nuclei di Controllo Interno dei Presidi ospedalieri pubblici, dei Distretti Socio Sanitari, del Servizio Socio Sanitario, del Rischio Clinico, della Gestione Rapporti Convvenzionali e del Referente Aziendale Cure Primarie al fine di condividere gli indirizzi operativi delle attività da porre in essere.	Evento	COVID

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	Target 2020
AD SIA			Avvio del potenziamento della "Connettività dell'Azienda" attraverso il passaggio della rete geografica aziendale dal collegamento in rame al collegamento in fibra ottica per 72 strutture aziendali, al fine di garantire una maggiore affidabilità del servizio e un migliore funzionamento della rete aziendale	Avvio dei cantieri/72 [Ind.Int1SIA]	>=15%
AD SIA			Realizzazione della attività di censimento del patrimonio informatico e del parco applicativo finalizzata alla realizzazione del piano di migrazione al Datacenter Regionale Cloud presso la società in house della regione Puglia, Innovapuglia S.p.A e alla gestione della manutenzione, alla valutazione dell'obsolescenza e alla programmazione di eventuali nuove acquisizioni	Applicazioni censite/applicazioni aziendali [Ind.Int2SIA]	>=25%
AD SIA			Collaudo e pianificazione della distribuzione di n. 300 PC Desktop, n. 300 stampanti e altre attrezzature informatiche mediante la definizione di un indice che ne stabilisca la priorità in funzione della necessità manifestata (nuova postazione di lavoro, fuori uso, obsolescenza tecnologica, etc.).	PC Distribuiti e collaudati/300 [Ind.Int3SIA]	>=25%
Y S118		QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante gli indicatori di qualità della Società Italiana dei Sistemi 118 (SIS118)	Relazione [Ind.Int.SS118]	Relazione
AE MALRARE			Procedere al censimento dei pazienti con malattie rare complesse in attesa di definizione diagnostica	Censimento [Ind.Int1MALRARE]	Evidenza documentale
AE MALRARE			Promozione della formazione e dell'aggiornamento dei diversi attori coinvolti	Eventi formativi [Ind.Int2MALRARE]	Almeno due
AE MALRARE			Implementazione di sistemi informatici aziendali ed integrazione degli stessi con Edotto e SIMaRRP	Stato di attuazione [Ind.Int3MALRARE]	Evidenza documentale
A MALRARE		EFFICIENZA	Assistenza ai pazienti affetti da Malattie rare - DGR 158/2015 e DGR 225/2017	Definizione di un PDTA che definisca i percorsi assistenziali e l'adozione di procedure organizzative e funzionali alla gestione dell'assistenza del paziente con Malattie Rare mediante un approccio multidisciplinare, di integrazione con i servizi territoriali e il MMG ePLS per tutte le prestazioni che possono essere eseguite in prossimità ai luoghi di vita del paziente [Ind.Int.79]	Adozione del Provvedimento
AF AFFGENERALI			Gestione degli accessi al sistema di gestione documentale e protocollo informatico	Note di Segnalazione [Ind.Int.1AFFGen]	Evidenza documentale
AF AFFGENERALI			Gestione amministrativa delle procedure di elezione e rinnovo degli organi collegiali	Adozione degli atti conseguenziali [Ind.Int.2AFFGen]	Evidenza documentale
AF AFFGENERALI			Presenza in carico delle istanze di giustificazione pervenute dai cittadini in relazione all'applicazione della penale per mancata disdetta della prenotazione, ai sensi dell'art. 12 del Regolamento Aziendale approvato con deliberazione nr. 2223/2017	Istanze di presa in carico/Istanze pervenute [Ind.Int.3AFFGen]	>=90%
TUTTE LE STRUTTURE EROGANTI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI			Chiusura della procedura amministrativa relativa alla gestione delle prenotazioni ambulatoriali all'atto dell'erogazione della prestazione da parte del professionista erogante.	Procedure aperte/Prenotazioni non annullate alla data	Tendente a 0
TUTTE LE STRUTTURE INTERESSATE			Chiusura delle partite aperte con "Blocco motivato" o "Liquidazione", inizialmente con riferimento agli anni 2018 e 2019	Partite Chiuse/Partite aperte alla data	>=15%