



Azienda Sanitaria Territoriale Ascoli Piceno

Scheda di Budget
Anno _____

DIPARTIMENTO

C.D.R.

RESPONSABILE

SETTORE STRATEGICO	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALORE ATTESO	RANGE PUNTEGGIO	NOTE
<i>Bisogni dell'Utenza e Miglioramento Qualità Assistenza</i>								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
<i>Efficienza ed appropriatezza organizzativa - processi interni –</i>								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
<i>Economico-finanziario</i>								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
<i>Apprendimento e crescita professionale e tecnologica dell'organizzazione</i>								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						

RISORSE ECONOMICHE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
Consumi di beni sanitari					
Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale					
Consumi di medicinali in DPC con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale					
Consumi di medicinali senza AIC					
Consumi di emoderivati di produzione regionale					
Consumi di sangue ed emocomponenti					
Consumi di prodotti dietetici					
Consumi di materiali per la profilassi igienico-sanitaria					
Consumi di prodotti farmaceutici ad uso veterinario					
Consumi di materiali chirurgici, sanitari e diagnostici ad uso veterinario					
Consumi di dispositivi medici					
Consumi di dispositivi medici impiantabili attivi					
Consumi di dispositivi medici diagnostici in vitro					
Consumi di prodotti chimici					
Consumi di altri beni e prodotti sanitari					
Consumi di beni non sanitari					
Acquisti di prestazioni e servizi sanitari					
Rimborsi, assegni e contributi					
Acquisti di servizi non sanitari					
Manutenzioni e riparazioni					
Godimento beni di terzi					
Costo del personale ruolo sanitario					
Costo del personale ruolo professionale					
Costo del personale ruolo tecnico					
Costo del personale ruolo amministrativo					
Altri costi del personale dipendente					
Altre convenzioni di lavoro					
Ammortamenti					
TOTALE COSTI DIRETTI	0		0		

INDICATORI DI PERFORMANCE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
(si veda il Piano degli indicatori e dei risultati attesi di cui all'Allegato 7)					

RISORSE UMANE: N. UE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
-----------------------------	---------------	----------------------	-----------------	-----------	--------

Ruolo sanitario: dirigenza medica					
Ruolo sanitario: dirigenza non m.					
Ruolo sanitario: comparto san					
Ruolo professionale: dirigenza prof					
Ruolo professionale: comparto prof					
Ruolo tecnico: dirigenza tecn					
Ruolo tecnico: comparto tec					
Ruolo amministrativo: dirigenza amm					
Ruolo amministrativo: comparto amm					
TOTALE					

NUOVE TECNOLOGIE	Codice CIVAB (solo per Attr. Biomedicali)	Acquisto/leasing/noleggio/comodato	Nuova/Upgrading/integrazione	Sostituz./ Potenziamento/ Innovazione/rispondenza a standard di legge (specificare)	Valore
Attrezzature Biomedicali					
Software e licenze					
Impianti e macchinari					
Mobili e arredi					
Automezzi e Ambulanze					
Altri beni					

ALLEGATO 3		SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE DIRIGENZA		ANNO:
Direttori Dipartimento, Direttori Unità Operative Complesse, Responsabili Strutture Semplici				
Cognome e Nome:		Matricola:		
Struttura organizzativa:				
Profilo professionale:				
Incarico dirigenziale conferito:				
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:				
Giudizio				Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese			da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento			da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese			da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo			da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente			10
A. Area dei risultati				Valutazione
Individuazione di soluzioni progettuali, organizzative o gestionali per il perseguimento degli obiettivi di budget e strategici dell'azienda (da 1 a 10)				___/10
B. Area dei comportamenti organizzativi				
B.1 Interazione Interna/esterna:				
B.1.1 Correttezza nei rapporti con gli utenti e colleghi e collaboratori, con particolare attenzione ad eventuali reclami da parte di utenti o colleghi e nella gestione dei conflitti con verifica in contraddittorio nell'ambito dell'equipe e rispetto delle indicazioni aziendali in materia di rapporto con gli organi di informazione (da 1 a 10)				___/10
B.1.2 Convocazione e partecipazione alle riunioni interne periodiche all'unità organizzativa, costituzione di gruppi di lavoro e partecipazione agli stessi (da 1 a 10)				___/10
B.1.3. Rispetto dei tempi nel riscontro alle istanze rivolte al dirigente, in particolare per le procedure di gestione dei contenziosi verso l'azienda, l'aggiornamento della carta dei servizi, il riscontro a reclami, la gestione della trasparenza e anticorruzione (da 1 a 10)				___/10
B.1.4. Partecipazione a collegi / comitati / commissioni aziendali dei quali è componente, a audit convocati dalle UUOO di governo clinico e gestione del rischio per la valutazione di eventi avversi o quasi eventi e a gruppi di lavoro istituiti dalla Direzione generale (da 1 a 10)				___/10
B.2. Organizzazione e gestione interna della struttura				
B.2.1. Gestione delle risorse umane con la definizione di modelli organizzativi, definizione di piani di lavoro, verifica dell'orario di servizio e rotazione dei collaboratori nelle diverse funzioni, partecipazione all'attività dell'UO di appartenenza (da 1 a 10)				___/10
B.2.2. Rispetto delle regolamentazioni e procedure aziendali con particolare attenzione all'acquisizione di beni e servizi, alla prescrizione di farmaci e acquisizione / uso dei dispositivi medici (da 1 a 10)				___/10
B.2.3. Alimentazione in modo tempestivo e completo dei flussi informativi e delle richieste di produzione di dati o report da parte dei livelli sovraordinati (da 1 a 10)				___/10
B.3. Attitudine alla leadership e capacità organizzative				
B.3.1. Attenzione al clima organizzativo interno favorendo la partecipazione dei collaboratori e adozione di misure correttive rispetto alle criticità evidenziate dai colleghi e collaboratori (da 1 a 10)				___/10
B.3.2. Capacità di elaborare proposte operative idonee alla soluzione di problemi specifici e mirate al raggiungimento degli obiettivi posti dall'Azienda (da 1 a 10)				___/10
Valutazione complessiva				___/100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.				
Punti di forza e aspetti da migliorare				
Data: Firma del valutatore:				
Sezione da compilare da parte del valutato:				
☐ valutazione condivisa ☐ valutazione non condivisa				
Osservazioni:				
Data: Firma del valutato:				
N.B. In caso di non condivisione della valutazione di prima istanza il dipendente ha facoltà di avviare la procedura di conciliazione; per accedere al percorso conciliativo il valutato, nel termine perentorio di 15 giorni dalla data di presa visione della scheda di valutazione, deve inviare apposita istanza di revisione rivolta al valutatore di prima istanza nonché, per conoscenza, al Controllo di Gestione ed alla Gestione Risorse Umane, esprimendo con chiarezza ed esauritività i motivi del proprio disaccordo e proponendo eventualmente il punteggio di valutazione ritenuto congruo. Le procedure di conciliazione sono analiticamente descritte nel documento relativo al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASUR approvato con determina ASURDG n. ___/2020				

ALLEGATO 4		SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE DIRIGENZA		ANNO:	
Incarichi professionali (art. 27, c. 1 - lett. c e d - CCNL 8.6.2000)					
Cognome e Nome:			Matricola:		
Struttura organizzativa:					
Profilo professionale:					
Incarico dirigenziale conferito:					
Legenda: per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:					
Giudizio					Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese				da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento				da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese				da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo				da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente				10
A. Area dei risultati					Valutazione
A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)					___/10
B.1 Interazione interna/esterna:					
B.1 Competenze ed attitudini professionali					
B.1.1. Capacità di partecipare fattivamente e costantemente ai progetti proposti dalle UOC/UOS, quali il processo di budget, iniziative formative, gruppi di lavoro ove richiesto (da 1 a 10)					___/10
B.1.2. Capacità di tenere informato il proprio responsabile sul sorgere dei problemi più significativi e sui consistenti scostamenti rispetto agli obiettivi programmati, informandolo sulle cause e sui correttivi intrapresi e/o da intraprendere (da 1 a 10)					___/10
B.1.3. - Capacità di adottare gli interventi necessari per migliorare il livello di soddisfazione dell'utenza esterna rispetto ai servizi offerti dalla struttura (da 1 a 10)					___/10
B.2 Organizzazione					
B.2.1. Capacità di garantire, nei rapporti con le altre strutture aziendali, l'osservanza ed il miglioramento dei processi tecnico specialistici e/o organizzativi (da 1 a 10)					___/10
B.2.2. Capacità di suggerire soluzioni innovative realizzabili e di contribuire all'implementazione di innovazioni e strumenti tecnico/organizzativi introdotti dal responsabile della struttura (da 1 a 10)					___/10
B.2.3. Capacità di impegnarsi costantemente in una attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi informato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica (da 1 a 10)					___/10
B.2.4 - Capacità di utilizzare in modo ottimale le metodologie e strumentazioni necessarie e tutte le risorse spazio-temporali della struttura di appartenenza e dell'azienda, in un'ottica di maggiore efficienza e di umanizzazione del servizio (da 1 a 10)					___/10
B.3 Clima organizzativo					
B.3.1. Capacità di interagire in modo aperto e costruttivo con i superiori gerarchici, i colleghi ed il personale pertinente alla struttura contribuendo a mantenere un clima organizzativo favorevole alle produttività (da 1 a 10)					___/10
B.3.2. Capacità di partecipare al miglioramento del rapporto con l'utenza interna ed esterna in termini di comunicazione e comprensione dei bisogni della stessa (da 1 a 10)					___/10
Valutazione complessiva					___/100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.					
Punti di forza e aspetti da migliorare					
Data: Firma del valutatore:					
Sezione da compilare da parte del valutato:					
☐ valutazione condivisa ☐ valutazione non condivisa					
Osservazioni:					
Data: Firma del valutato:					
N.B. In caso di non condivisione della valutazione di prima istanza il dipendente ha facoltà di avviare la procedura di conciliazione; per accedere al percorso conciliativo il valutato, nel termine perentorio di 15 giorni dalla data di presa visione della scheda di valutazione, deve inviare apposita istanza di revisione rivolta al valutatore di prima istanza nonchè, per conoscenza, al Controllo di Gestione ed alla Gestione Risorse Umane, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo eventualmente il punteggio di valutazione ritenuto congruo. Le procedure di conciliazione sono analiticamente descritte nel documento relativo al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASUR approvato con determina ASURDG n. ___/2020					

ALLEGATO 5		SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE COMPARTO		ANNO:
Titolari Incarichi di Funzione				
Cognome e Nome:		Matricola:		
Struttura organizzativa:				
Profilo professionale:		Categoria:		
Incarico di Posizione Organizzativa/Coordinamento attribuito:				
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:				
Giudizio				Valutazione
Non conforme	Il livello di performance non è conforme alle attese			da 1 a 2
Parzialmente conforme	Il livello di performance necessita di miglioramento			da 3 a 5
Conforme	Il livello di performance è conforme alle attese			da 6 a 7
Buono	Il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo			da 8 a 9
Eccellente	Il livello di performance è eccellente			10
A. Area dei risultati				Valutazione
A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)				___/10
B. Area dei comportamenti organizzativi				
B.1 Competenze ed attitudini professionali				
B.1.1 Grado di conoscenza professionale e di esperienza nell'espletamento dei compiti assegnati (da 1 a 10)				___/10
B.1.2. Capacità di svolgere le attività affidate con autonomia (da 1 a 10)				___/10
B.2 Comportamento ed Impegno globale nel lavoro				
B.2.1. Propensione alla collaborazione all'interno del Servizio/Ufficio (da 1 a 10)				___/10
B.2.2 Capacità di proporre soluzioni innovative o di miglioramento dell'organizzazione del lavoro (da 1 a 10)				___/10
B.2.3. Capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi (da 1 a 10)				___/10
B.3 Stile relazionale				
B.3.1 Capacità di operare in situazioni critiche o conflittuali (da 1 a 10)				___/10
B.4 Livello quali-quantitativo delle prestazioni				
B.4.1. Grado di coinvolgimento nei processi aziendali e il contributo offerto per migliorare la qualità dei servizi ed il grado di soddisfazione dell'utenza (da 1 a 10)				___/10
B.5 Attitudine alla leadership e capacità organizzative				
B.5.1. Capacità di prendere decisioni chiare e precise sulle questioni rientranti nella propria sfera di competenza assumendone la relativa responsabilità (da 1 a 10)				___/10
B.5.2. Capacità di elaborare proposte operative idonee alla soluzione di problemi specifici e mirate al raggiungimento degli obiettivi posti dall'Azienda (da 1 a 10)				___/10
Valutazione complessiva (somma dei punteggi):				___/100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60 /100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.				
Punti di forza e aspetti da migliorare				
Data:		Firma del valutatore/valutatori:		
Sezione da compilare da parte del valutato:				
☐ valutazione condivisa ☐ valutazione non condivisa				
Osservazioni:				
Data:		Firma del valutato:		
N.B. In caso di non condivisione della valutazione di prima istanza il dipendente ha facoltà di avviare la procedura di conciliazione; per accedere al percorso conciliativo il valutato, nel termine perentorio di 15 giorni dalla data di presa visione della scheda di valutazione, deve inviare apposita istanza di revisione rivolta al valutatore di prima istanza nonché, per conoscenza, al Controllo di Gestione ed alla Gestione Risorse Umane, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo eventualmente il punteggio di valutazione ritenuto congruo. Le procedure di conciliazione sono analiticamente descritte nel documento relativo al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASUR approvato con determina ASURDG n. ___/2020				

ALLEGATO 6		SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE COMPARTO		ANNO:
Categorie A - B - C - D				
Cognome e Nome:		Matricola:		
Struttura organizzativa:				
Profilo professionale:		Categoria:		
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:				
Giudizio				Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese			da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento			da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese			da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo			da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente			10
A. Area dei risultati				Valutazione
A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)				___/10
B. Area dei comportamenti organizzativi				Valutazione
B.1 Competenze ed attitudini professionali				
B.1.1 Grado di conoscenza professionale e di esperienza nell'espletamento dei compiti assegnati (da 1 a 10)				___/10
B.1.2 Capacità di portare a termine i compiti assegnati (da 1 a 10)				___/10
B.2 Comportamento ed impegno globale nel lavoro				
B.2.1. Capacità di rispettare le disposizioni di servizio comprese l'osservanza dell'orario e la puntualità (da 1 a 10)				___/10
B.2.2. Correttezza e disponibilità nei confronti dei colleghi e dei superiori, riconoscimento del ruolo che rivestono e rispetto delle loro competenze (da 1 a 10)				___/10
B.2.3. Capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi (da 1 a 10)				___/10
B.3 Stile relazionale				
B.3.1. Capacità di relazionarsi con utenti e colleghi in modo garbato e disponibile (da 1 a 10)				___/10
B.3.2. Capacità di dare informazioni chiare ed esaurienti sugli argomenti rientranti nella propria competenza (da 1 a 10)				___/10
B.4 Livello quali-quantitativo delle prestazioni				
B.4.1. Capacità di utilizzo efficace ed efficiente di attrezzature e macchine (da 1 a 10)				___/10
B.4.2. Precisione, accuratezza, rapidità di esecuzione della prestazione richiesta (da 1 a 10)				___/10
Valutazione complessiva (somma dei punteggi):				___/100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.				
Punti di forza e aspetti da migliorare				
Data:		Firma del valutatore/valutatori:		
Sezione da compilare da parte del valutato:				
☐ valutazione condivisa ☐ valutazione non condivisa				
Osservazioni:				
Data:		Firma del valutato:		
N.B. In caso di non condivisione della valutazione di prima istanza il dipendente ha facoltà di avviare la procedura di conciliazione; per accedere al percorso conciliativo il valutato, nel termine perentorio di 15 giorni dalla data di presa visione della scheda di valutazione, deve inviare apposita istanza di revisione rivolta al valutatore di prima istanza nonchè, per conoscenza, al Controllo di Gestione ed alla Gestione Risorse Umane, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo eventualmente il punteggio di valutazione ritenuto congruo. Le procedure di conciliazione sono analiticamente descritte nel documento relativo al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASUR approvato con determina ASURDG n. ___/2020				

N. ob. DGRM 1284/22	NSG	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2023	PRIORITA'
<u>24</u>	P12Z	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N. campioni effettuati per il PCCA	Totale campioni previsti dal PNCCA	100% in tutte le categorie previste	1
<u>15</u>	P10Z	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Stabilimenti oviscaprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle stabilimenti e 5% dei capi)	N. Stabilimenti ovi-caprini controllati	N. totale stabilimenti ovi-caprini	≥ 3% delle stabilimenti	1
<u>15</u>	P10Z	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Stabilimenti oviscaprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle stabilimenti e 5% dei capi)	N. totale capi ovi-caprini controllati	N. totale capi ovi-caprini	≥ 5% dei capi	1
<u>16</u>	P10Z	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	≥1%	1
<u>19</u>	P10Z	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende apistici controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	N. aziende apistici controllate	N. totale aziende apistici	≥1%	1
<u>17</u>	P10Z	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende bovine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% aziende)	N. aziende bovine controllate	N. totale aziende bovine	≥3%	1
<u>18</u>	P10Z	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende equine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (5% aziende)	N. aziende equine controllate	N. totale aziende equine	≥5%	1
<u>35</u>	P13Z	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	2
<u>33</u>	P13Z	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI - attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	% campioni effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare e 100% in ciascuna fase	2
<u>30</u>	P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%	2
<u>31</u>	P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di “altri bovini”	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%	2
<u>32</u>	P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2099)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	2
<u>7</u>	P06C	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per antinfluenza	Popolazione ≥ 65 anni residente	Obiettivo minimo >60% (assegnazione 50% del punteggio) >60% e valore superiore all'anno precedente (assegnazione 75% del punteggio) Obiettivo ottimale >=75% (assegnazione 100% del punteggio)	2
<u>2</u>	P02C	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	obiettivo minimo: >90% con superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) valore ottimale ≥ 95% (assegnazione 100% del valore del punteggio)	1
<u>1</u>	P01C	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	obiettivo minimo: >90% con superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) valore ottimale ≥ 95% (assegnazione 100% del valore del punteggio)	1

N. ob. DGRM 1284/22	NSG	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2023	PRIORITA'
<u>27</u>	P09Z	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero di bovini morti	≥ 85%	2
<u>28</u>	P09Z	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini e caprini morti	≥ 85% di ovini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	2
<u>28</u>	P09Z	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini e caprini morti	≥ 70% di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	2
<u>20</u>	P10Z	FARMACOSORVEGLIANZA - attività di ispezione e verifica art. 88 D Lgs n. 193/2006. Nota DGSAF n. 1466 dle 26/01/2012: DM 14/05/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art 71 comma 3, art 70 comma 1, artt 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n. 193/2006	N. totale degli operatori controllati	N. totale degli operatori controllabili	Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	1
<u>22</u>	P12Z	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	1
<u>10</u>		Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2021	Numero schede cause di morte registrate anno 2021	Numero totale schede cause di morte anno 2021	100%	3
<u>25</u>	P09Z	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%	2
<u>26</u>	P09Z	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	2
<u>34</u>	P13Z	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	2
<u>21</u>	P10Z	Piano Nazionale Alimentazione animale	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmati	100%	1
<u>39</u>		PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	> 90 % delle coppie micotossine/matrice previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia	3
<u>37</u>		PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%	3
<u>23</u>	P12Z	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	1
<u>38</u>		Potenziamento dell'attività di rischio in sicurezza alimentare (Reg 178/2002, all 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuale di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale per ciascuna A.V. entro il 31.12.2023		Report interdisciplinare di Area Vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	3
<u>8</u>	P07C	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere, anche in relazione all'andamento dell'emergenza pandemica	N. aziende controllate e /o assistite	numero aziende con almeno 1 dipendente	≥ 5%	2
<u>36</u>	P13Z	RADIAZIONI IONIZZANTI D Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 - Attuazione delle direttive 1999/2 CE e 1999/3/ce: (PAMA)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%	2

N. ob. DGRM 1284/22	NSG	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2023	PRIORITA'
<u>3</u>	P15C	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2023	superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) >60% assegnazione 100% del valore del punteggio	1
<u>4</u>	P15C	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2023	superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) >50% assegnazione 100% del valore del punteggio	1
<u>5</u>	P15C	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2023	superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) >50% assegnazione 100% del valore del punteggio	1
<u>29</u>	P09Z	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg 2160/03 e s.m.i.: nota DGSA 3457 - 26/02/2010, NOTA dgsaf 1618 N. DEL 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano Salmonellosi	100%	2
<u>11</u>	P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici Controlli nelle fasi di produzione, importazione, immisione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	% imprese controllate su imprese programmate	N. imprese controllate	N. imprese programmate	>=95%	3
<u>61</u>	H05Z	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 90%	1
<u>62</u>	H17C	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤ 22%	1
<u>64</u>	H02Z	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui		100%	1
<u>63</u>	H18C	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti > 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	≤ 22%	1
<u>66</u>	H07Z	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2023		≤ Valore 2021	2
<u>65</u>	H06Z	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2023		≤ Valore 2021	2
<u>75</u>		Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti			≥ 80%	3
<u>76</u>		Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti			≥ 75%	3
<u>77</u>		Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti			≥ 70%	3
<u>78</u>		Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti			≥ 70%	3
<u>79</u>		Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% pazienti con presa in carico completata (triage-conclusione: T0-T3) entro le 8 ore			≥ 80%	3
<u>59</u>	H04Z	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario.	≤ 0,15	1
<u>70</u>		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 5,41% (Tolleranza 10%)	2

N. ob. DGRM 1284/22	NSG	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2023	PRIORITA'
<u>69</u>		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% DRG Medici da reparti chirurgici (esclusi dimessi da Cardiochirurgia pediatrica (Cod 06) e Nefrologia - Tr Rene (Cod. 48) + (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ Valore 2021	2
<u>68</u>		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza) +(esclusi ricoveri urgenti)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza)	≤ Valore 2021	2
<u>60</u>	H13C	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 70%	1
<u>41</u>	<u>D22Z</u>	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)		≥ 4,00 x 1000 ab	1
<u>42</u>	<u>D22Z</u>	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)		≥ 2,50 x 1000 ab	1
<u>43</u>	<u>D22Z</u>	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (> 0,50)		> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	1
<u>85</u>	<u>D09Z</u>	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤18	2
<u>45</u>	<u>D30Z</u>	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)	1
<u>44</u>	<u>D33Z</u>	Assistenza residenziale	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		>41 x 1000 ab ≥ 75aa	1
<u>46</u>	<u>D27Z</u>	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni (Vincolante)	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤ 6,63%	1
17		Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo	90 % Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND (CND Z "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad accezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs 332/2000)");			> 90%	2
16		Coerenza tra flusso contratti DM e prodotti in BDM	90 % DM nel flusso contratti rispetto ai DM presenti in BDM (Banca dati Dispositivi Medici del Ministero della Sanità) [Sono escluse le categorie CND Q e L]			>90%	2
10	<u>D14C</u>	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata (Per ASUR: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico) (Per AAOO e INRCA: ATC J01DH - Carbapenemi)	Variazione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AAOO e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	(N° DDD antibiotici anno 2023)		DDD - 3 % rispetto al 2021	1
9		Spesa farmaceutica convenzionata netta	ASUR: Riduzione spesa farmaceutica convenzionata netta sulla base dei dati rilevati dalle Distinte contabili riepilogative mensili (DCR) riduzione del 9,04% rispetto al valore rendicontato 2021	Spesa Netta 2023-2021	Spesa Netta 2023	-9,04 % rispetto al 2021	1

N. ob. DGRM 1284/22	NSG	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2023	PRIORITA'
8		Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto ai consumi 2021, inclusivi dell'incremento del fondo per i farmaci innovativi* erogato dal Ministero della Salute nel 2023 ed assegnato a ciascun Ente. Sono esclusi i gas medicali. * Si considera innovativo il farmaco in quanto tale a prescindere dalla sua indicazione terapeutica.	(Spesa 2023, al netto dei gas medicali) - ((Spesa 2021, al netto dei gas medicali) + Incremento 2021-2023 del valore del fondo dei farmaci innovativi assegnato)	((Spesa 2023, al netto dei gas medicali) + Incremento 2021-2023 del valore del fondo dei farmaci innovativi assegnato)	-5,91 % rispetto al 2021 + Δ 1% Fondo farmaci innovativi	1
12		Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione o mantenimento della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi (BA0220, BA0230 e BA0240)			≤ 2021	1
1		Equilibrio di bilancio	ASUR, AAOO e INRCA: Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con DGR 1851/2022 e s.m.i.	(Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con DGR 1851/20221 e s.m.i)		≤ 0	1
<u>58</u>		Indennizzi a soggetti danneggiati da complicanze irreversibili a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni (L.210/92)	ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio	N. segnalazioni ricevute di mancato pagamento nei tempi	N. segnalazioni ricevute di mancato pagamento nei tempi	≤ 5%	3
3		Rispetto dei tempi di pagamento	Valore al 31/12/2023 di nc da ricevere di fatture anno 2023 rispetto al valore al 31/12/2023 di nc richieste relative a fatture anno 2023	(Valore al 31/12/2023 di nc da ricevere di fatture anno 2023)	Totale valore nc richieste relative a fatture anno 2023	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso o controlli non conclusi)	1
6		Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2023 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2023	≤ 1%	1
22		Contenimento del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla Direzione, attestante la definizione, entro il mese di maggio, di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive suddiviso per area contrattuale		Report entro il 31/08/2023 attestante l'avvenuta definizione del budget	2
23		Contenimento del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Report periodici dei costi per prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla Direzione, con rendicontazione dei costi per prestazioni aggiuntive per area contrattuale nel periodo di competenza, previsione del costo annuale e scostamento col budget assegnato		Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento	2
		Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno 2023			100%	1
25		Costituzione nucleo minimo FSE	Percentuale di verbali di pronto soccorso archiviati nel repository	Produzione totale di verbali di pronto soccorso archiviati nel repository nel 2023	Produzione totale di verbali di pronto soccorso nel 2023	30%	2
26		Costituzione nucleo minimo FSE	Percentuale di lettere di dimissione archiviate nel repository (esclusi DH)	Produzione di lettere di dimissione archiviate nel repository nel 2023	Produzione di lettere di dimissione nel 2023	30%	2
29		Prescrizioni dematerializzate farmaceutica (prodotte da MMG, PLS e specialisti)	% ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	n. ricette dematerializzate farmaceutica	Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	2

N. ob. DGRM 1284/22	NSG	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2023	PRIORITA'
30		Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione	% Ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	n. ricette dematerializzate non gestite correttamente (stato della ricetta: prescritto, presa in carico) Rilevate da SOGEI dal confronto tra il flusso della ricetta dematerializzata e dai dati trasmessi ex comma 11	Numero totale ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	< 10%	1
28		Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	n. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale	Numero totale ricette specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	2
<u>12</u>		Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali in ciascuna Area Vasta per l'attuazione dei Programmi del PRP	Determina in ciascuna AV		Approvazione atti	3
<u>13</u>		Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	%Indicatori certificativi raggiunti per anno 2023	N. Indicatori PRP per anno 2023 raggiunti	N. Indicatori PRP per anno 2023	≥ 60%	3
<u>40</u>		CONTROLLI BIOSICUREZZA STABILIMENTI SUINI	% Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per biosicurezza (1% degli stabilimenti e 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi)	N. stabilimenti suinicoli controllati per biosicurezza	N. totale allevamenti suinicoli	≥1% degli stabilimenti e ≥33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	3
<u>53</u>		Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Inserimento nelle liste di pre-appuntamento (liste di garanzia) di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto al pre-appuntamento e che non hanno rifiutato lo stesso, inseriti nelle liste di garanzia con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto al pre-appuntamento e che non hanno rifiutato lo stesso	≥ 95%	3
<u>55</u>		Attività legate all'attuazione del PNRR	Definizione dei modelli assistenziali per la trasformazione delle attuali Case della Salute in Case di Comunità di cui alla DGR 656/22	Produzione documento attestante l'organizzazione delle nuove Case di Comunità secondo gli standard del DM 71		Report entro il 31/12/2023	1
<u>67</u>		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,29	2
<u>71</u>	H03C	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella			≤ Valore 2021	2
<u>72</u>		recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata			≥ 80%	3
<u>73</u>			% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone			≥ 90%	3
<u>74</u>			% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero			≥ 90%	3
<u>80</u>	H09Z	Trapianti	N° donatori effettivi di organi/n. cerebrolesi deceduti in Terapia Intensiva			>20%	3
<u>81</u>		Trapianti	N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.I.			>30%	3
<u>82</u>		Trapianti	N° donatori di cornee			incremento superiore al valore anno 2021	3
<u>83</u>	H11Z	Trapianti	N° donatori multite ssuto			valore >anno 2021	3
<u>84</u>		Trapianti	N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			> valore 2021 per ogni U. O. di nefrologia/emodialisi	3
11		Consumo farmaci intravitreali (Nota AIFA 98)	% di pazienti trattati con Bevacizumab sul totale dei pazienti trattati con Lucentis, Bevacizumab, Eylea e Beovu			almeno il 30% dei pazienti	1
13		Rispetto scadenze Flusso File F (comprensivo della distribuzione diretta)				rispetto delle scadenze	1
14		Rispetto scadenze Flusso H o CO (Consumi Ospedalieri)				rispetto delle scadenze	1
15		Rispetto scadenze per le relazioni afferenti agli adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci				rispetto delle scadenze	1
18		Rispetto scadenze Flusso Consumi DM	trasmissione dati consumo e spesa DM entro il 15 di ogni mese			rispetto delle scadenze	2
19			la trasmissione dati Contratti DM entro il 15 di ogni mese			rispetto delle scadenze	2

N. ob. DGRM 1284/22	NSG	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2023	PRIORITA'
20		Incremento del 10% delle segnalazioni di vigilanza e reclami sui dispositivi medici rispetto all'anno precedente				+10% rispetto al 2022	2
21		Contenimento del precariato	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore Risorse umane e formazione, attestante il personale in servizio (in termini di UE e costo) con convenzioni interaziendali, con contratti di lavoro autonomo, con contratti di formazione lavoro o altri rapporti		Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	2
27		Costituzione nucleo minimo FSE	Produzione di referti di specialistica ambulatoriale archiviati nei repository	Avvio in produzione dei referti per x specialistiche ambulatoriali in aggiunta a quelle in essere nel 2022		$X \geq 1$	1
32		Digitalizzazione DEA	pubblicazione gare AQ.-Consip e conclusione contratti servizi digitalizzazione	gare AQ.-Consip da pubblicare e contratti servizi digitalizzazione da concludere	gare AQ.-Consip pubblicati e contratti servizi digitalizzazione conclusi	1	1
35		Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, D. L. 34/2020)			Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale	1
<u>9</u>		Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2022)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2022)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2022)	100%	3
<u>47</u>	<u>D10Z</u>	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	1
<u>48</u>	<u>D11Z</u>	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	2
<u>49</u>		Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le prime visite ed i primi esami strumentali monitorizzate dal PNGLA [Classe di priorità B (10 gg visite; 10 gg prestazioni strumentali)]	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B valutate	>90%	3
<u>50</u>		Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le prime visite ed i primi esami strumentali monitorizzate dal PNGLA [Classe di priorità D (30 gg visite; 60 gg prestazioni strumentali)] [Fonte: File C]	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classi di priorità D (30 gg visite; 60 gg prestazioni strumentali)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B valutate	>90%	3
<u>51</u>		Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità	N. totale delle richieste di prestazioni		>90%	3