

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
ECC0003	Efficienza Operativa Asl	Contenimento Della Spesa Del Personale Entro I Limiti Fissati Dalla Normativa Vigente Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Contenimento Dei Costi Per Straordinario (Ordinario, Festivo, In Reper., Ecc..) E Tuni Reperibilita', Nei Limiti Dell'ammontare Assegnato Tempestivamente Dal Capo Dipartimento (O In Assenza Dall'Area Del Personale). Giusta Nota Prot. 13413/2020	1)Val. Pessima > Mancato Rispetto Del Budget E Incremento Rispetto Anno Precedente Riconosc 0% ; 2) Valutazione Buona Mancato Rispetto Del Budget In Presenza Di Riduzione Su Anno Precedente Riconosc 50% 3) Val. Ottima Rispetto Del Budget 100 % Riconosc 100%). L'obiettivo si intendera' raggiunto al 60% se, in presenza del mancato rispetto del budget, e in presenza di incremento su anno precedente, la struttura darà prova di aver compilato i moduli di rilevazione giornaliera dello straordinario come da indicazioni fornite con nota prot. 13413/2020.	Costo Sostenuto / Budget Economico Assegnato *100	L'Area Personale, In Occasione Della Verifica Quali Terzi Valutatori, Trasmetterà All'Ucg Copia Dei Documenti Dai Quali Rilevare Il Raggiungimento Dell'Obiettivo.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Personale	118	Rispetto Del Budget	Rispetto Del Budget	Rispetto Del Budget
PRA066	Riduzione Contratti In Proroga	Definizione Dei Capitolati Tecnici Entro 30 Giorni Dalla Richiesta Da Parte Dell'Area Patrimonio E Valutazioni Offerte Tecniche Per Aggiudicazione Delle Offerte Economicamente Piu' Vantaggiose Entro 30 Giorni Dall'Invito Formulato Dall'Area Patrimonio. Il Rifiuto Non Motivato Sarà Conteggiato Come Attività Effettuata In 65 Giorni E Concorrerà Al Calcolo Della Media	Durata Media Esecuzione Attività Richieste	1)Val. Pessima > 60 Gg Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 30 Gg E 60 Gg Riconoscimento Del 50% Del Peso Previsto 3) Val. Ottima <= 30Gg. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Durata Media = Giorni Data Richiesta - Giorni Data Completamento Attività Per Ciascuna Richiesta (Predisposizione Di Capitolato, Valutazione Offerta Tecnica) / Numero Di Richieste	L'Area Patrimonio, In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, Trasmetterà Un Report Su Fac-Simile Concordato Con Ucg, Dal Quale Si Evinceranno Le Richieste E La Data Di Completamento Delle Attività Con Calcolo Per Ciascuna U.O. Dei Tempi Medi Di Esecuzione Delle Procedure. In Occasione Della Vefica Finale, È Rimessa All'Area Patrimonio La Facoltà Di Eliminare Dal Calcolo Medio Procedure Oltre I 30 Giorni, I Cui Ritardi Sono Giustificati Da Validi Motivi.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Patrimonio	116	Effettuazione delle attività richieste entro 30gg dalla richiesta	Effettuazione delle attività richieste entro 30gg dalla richiesta	Effettuazione delle attività richieste entro 30gg dalla richiesta
ECC0006	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Riduzione Dell'Incidenza % Dei Costi Per Consumo Di Beni Rispetto Al Valore Della Produzione.	Incidenza Costi Per Consumi Di Materiale / Valore Della Produzione	1)Val. Pessima Ove % Anno > % Anno Di Riferimento (Anno 2022) , Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Discreta Ove Riduzione Su Anno 2022 sino al -8% .Riconoscimento 50% Del Peso Previsto. 3) Val. Buona Ove Riduzione Su Anno 2022 dal -8% al -15% .Riconoscimento 95% Del Peso Previsto.3) Val. Ottima Ove Riduzione Su Anno 2022 superiore al -15% .Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Percentuale ((Costo Beni)/(Valore Produzione Drg, Ambulatoriali Esterne E Prest Interne Se Misurabili)) A	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare La Variazione % Dell'Indicatore. Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto comunque del posizionamento rispetto alla media aziendale e/o regionale di riferimento se disponibile che garantirà un punteggio non inferiore al 80% a chi si colloca al di sopra della media.	Ucg Su Database Aziendali	58	% Anno <= % Anno Di Riferimento (Anno 2022)	% Anno <= % Anno Di Riferimento (Anno 2022)	% Anno <= % Anno Di Riferimento (Anno 2022)
ECC0007	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Incremento del valore di produzione per ora lavorata dal personale dirigenziale e di comparto	Valore della produzione / Ore lavorate da personale della dirigenza e del comparto	1)Val. Pessima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno in corso < Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno 2022, Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno in corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno 2022 Magg.ta sino al 15% .Riconoscimento % del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno in corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno precedente Magg.ta almeno del 15% .Riconoscimento 100 % del Peso Previsto.	Valore Produzione Drg, Ambulatoriali Esterne E Prest Interne Se Misurabili / Ore lavorate da personale assegnato	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il valore di produzione per ora lavorata. Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto comunque del posizionamento rispetto alla media aziendale e/o regionale di riferimento se disponibile che garantirà un punteggio non inferiore al 80% a chi si colloca al di sopra della media.	Ucg Su Database Aziendali	57	Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno in corso > Anno Di Riferimento (Anno 2022)	Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno in corso > Anno Di Riferimento (Anno 2022)	Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno in corso > Anno Di Riferimento (Anno 2022)

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
LAT002	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Rispetto dei tempi medi di esecuzione delle prestazioni indicate nel sistema CUP come da indicazioni impartite dalla Direzione Strategica	Numero di Prestazioni Presenti In Agenda / Numero di prestazioni attese in relazione ai tempi medi definiti	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore Al 70 % . Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 70 e il 90 % . Riconoscimento Proporzionale ; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore Al 90%. Riconoscimento 100%;	Numero di Prestazioni Presenti In Agenda / Numero di prestazioni attese in relazione ai tempi medi definiti	L'ufficio del Rula, effettuerà l'estrazione dell'agenda settimanale presente in ogni trimestre e cacolerà la % sommando le risultanze dei 4 trimestri. Il risultato raggiunto sarà comunque correlato alla produttività per ora lavorata. In caso di miglioramento dei tempi in presenza di peggioramento fatturato per ora lav. Punteggio assegnato 50%	S.Comp.Dss Andria - Direzione	53	Visite in agenda almeno pari al 75% delle visite effettuabili nei tempi medi indicati dalla Direzione	Visite in agenda almeno pari al 80% delle visite effettuabili nei tempi medi indicati dalla Direzione	Visite in agenda almeno pari al 85% delle visite effettuabili nei tempi medi indicati dalla Direzione
EC0013	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Miglioramento % Incidenza Costo Pieno (Diretti / Indiretti / Ribaltamenti Strutture) Su Valore della Produzione	Costi Diretti + Costi Indiretti + Ribaltamento Strutture / Valore della Produzione	Range indicato nella scheda allegata	Percentuale ((Costi Diretti + Costi Indiretti + Ribaltamento Strutture)/(Valore Produzione Drg, Ambulatoriali Esterne E Prest Interne Se Misurabili)) A	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare La Variazione % Dell'Indicatore.	Ucg Su Database Aziendali	51	Miglioramento Nel Rispetto del Range Indicato	Miglioramento Nel Rispetto del Range Indicato	Miglioramento Nel Rispetto del Range Indicato
FAR016	Appropriatezza Prescrittiva	Controllo Di Appropriatezza Sull'Utilizzo Di Antibiotici	Numero Richieste Nominative Di Non Appropriatezza	1)Valutazione Ottima: Richieste Inappropriate < 10% Riconoscimento 100%; 2) Valutazione Media: Richieste Inappropriate Ricomprese Fra Il 10% Ed Il 50% Riconoscimento Proporzionale (100 - %Inappropriate); 3) Valutazione Pessima: > 50% Richieste Inappropriate. Riconoscimento 0%	Richieste Inappropriate / Totale Richieste	Le Farmacie Ospedaliere Sulla Scorta Del Report Compilato Su Obiettivo T41, Valuteranno Il Raggiungimento Dell'Obiettivo Per Le Singole Unità Operative, Anche In Contraddittorio Per Valutare Specifiche Situazioni.	Farmacie Ospedaliere	37	Richieste Inappropriate < 10%	Richieste Inappropriate < 10%	Richieste Inappropriate < 10%
FAR005	Riduzione Della Spesa Farmaceutica	Incrementare La Somministrazione Diretta Di Farmaci Alla Dimissione Da Parte Delle Strutture Ospedaliere	Segnalazioni Effettuate Dai Soggetti Relativamente All'Obiettivo N1.36	1)Val. Pessima < 50% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili. Riconosc 0% ; 2) Val. Scarsa fra 50 e 70% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili Riconosc 50% ; 4)Val. Buona fra 85 e 99 % Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili. Riconosc 70% ;5) Val. Ottima 100% Di Somministrazioni Dirette Prescritte / Somministrazioni Dirette Prescrivibili Riconosc 100%)	% Numero Di Segnalazioni Negative / Numero Di Dimissioni Verificate che avrebbero dovuto prevedere la dispensazione al primo ciclo	La Verifica Verrà Effettuata Dalle Direzioni Sanitarie Di Presidio e dalle farmacie ospedaliere che Forniranno Un Report Su File Excel (Fac-Simile Concordato Con Ucg), Che Indichi Per Ciscuna U.O. Le Data Di Audit (Comprovate Da Verbale Da Archiviarsi Agli Atti Della Struttura) E Il Numero Di Dimissioni Controllate In Ciascun Audit, Con Indicazione Dei Controlli Che Hanno Dato Esito Positivo E Negativo.	Direzioni Sanitarie di Presidio / Farmacie Ospedaliere	34	> 95%	> 95%	> 95%
IND001	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Migliorare l'indicatore DegenzaMedia rispetto alla media delle Asl Pugliesi	Degenza Media Effettiva Rapportata al Peso Medio Ricoveri	1 Valutazione Pessima (Peggiora della Media Regionale e del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione sufficiente (Peggiora della Media Regionale e migliore del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 50%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore della Media Regionale), Riconoscimento 100%; Nella valutazione del risultato si terrà conto anche del peso medio dei ricoveri. Il dato regionale della degenza media ai fini del controllo, sarà incrementato nella stessa misura % di variazione del peso medio.	Degenza Media Effettiva = Degenza Media / Peso Medio	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il valore del risultato raggiunto. La base dati utilizzata sarà quella presente nel DISAR nel mese di Dicembre dell'anno di riferimento. Nel calcolo si terrà conto anche del peso medio pertanto sarà rapportata la degenza media al peso medio	Ucg Su Database Aziendali	33	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)
IND002	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Migliorare l'indicatore Peso Medio Ricoveri rispetto alla media delle Asl Pugliesi	Peso Medio Ricoveri	1 Valutazione Pessima (Peggiora della Media Regionale e del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione sufficiente (Peggiora della Media Regionale e migliore del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 50%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore della Media Regionale), Riconoscimento 100%;	Totale Peso Ricoveri Ordinari / Numero Ricoveri Ordinari	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il valore del risultato raggiunto. La base dati utilizzata sarà quella presente nel DISAR nel mese di Dicembre dell'anno di riferimento.	Ucg Su Database Aziendali	33	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
IND004	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Migliorare l'indicatore Approprietezza DRG Lea/Drg rispetto alla media delle Asl Pugliesi	Approprietezza DRG Lea/Drg	1 Valutazione Pessima (Peggior della Media Regionale e del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione sufficiente (Peggior della Media Regionale e migliore del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 50%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore della Media Regionale), Riconoscimento 100%;	Totale Ricoveri Inappropriati / Totale Ricoveri Ordinari + Totale Ricoveri Day Hospital	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare il valore del risultato raggiunto. La base dati utilizzata sarà quella presente nel DISAR nel mese di Dicembre dell'anno di riferimento.	Ucg Su Database Aziendali	33	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)
IND005	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Migliorare l'indicatore DimissioniVolont./Ricoveri rispetto alla media delle Asl Pugliesi	DimissioniVolont./Ricoveri	1 Valutazione Pessima (Peggior della Media Regionale e del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione sufficiente (Peggior della Media Regionale e migliore del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 50%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore della Media Regionale), Riconoscimento 100%;	DimissioniVolont./Ricoveri Ordinari	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare il valore del risultato raggiunto. La base dati utilizzata sarà quella presente nel DISAR nel mese di Dicembre dell'anno di riferimento.	Ucg Su Database Aziendali	33	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)
IND006	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Migliorare l'indicatore Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari rispetto alla media delle Asl Pugliesi	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	1 Valutazione Pessima (Peggior della Media Regionale e del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione sufficiente (Peggior della Media Regionale e migliore del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 50%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore della Media Regionale), Riconoscimento 100%;	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare il valore del risultato raggiunto. La base dati utilizzata sarà quella presente nel DISAR nel mese di Dicembre dell'anno di riferimento.	Ucg Su Database Aziendali	33	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)
IND007	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Migliorare l'indicatore DegenzaMediaPreOperatoria rispetto alla media delle Asl Pugliesi	Degenza Media Pre Operatoria	1 Valutazione Pessima (Peggior dell'Obiettivo Regionale Fissato a 1,64 gg) Riconoscimento 0%; 2 Valutazione Ottima (Migliore dell'Obiettivo Regionale Fissato a 1,64 gg), Riconoscimento 100%;	Giornate Degenza Ordinaria Totale / Numero Ricoveri Ordinari	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Struttura Ospedaliera, La Reportistica Per Calcolare il valore del risultato raggiunto. La base dati utilizzata sarà quella presente nel DISAR nel mese di Dicembre dell'anno di riferimento.	Ucg Su Database Aziendali	28	<= 1,64 gg	<= 1,64 gg	<= 1,64 gg
SGA001	Efficienza Operativa	Attivazione di un sistema di rilevazione delle attività svolte da ciascun dipendente attraverso l'utilizzo di specifici strumenti che saranno realizzati dall'Azienda	Utilizzo da parte dei dipendenti assegnati alla struttura, del sistema di monitoraggio delle attività svolte	1)Val. Pessima. Utilizzo da parte di una % di personale inferiore al 60%. Riconosc 0% 2)Val. Buona. Utilizzo da parte di una % compresa fra il 60% e il 90%. Riconosc proporzionale ; 3)Val. Ottima. Utilizzo da parte di una % di personale inferiore al 90% Riconosc 100% ;	Rendicontazione Presenti nes S.inf / (Settimane da rendicontare * Dipendenti tenuti alla rendicontazione)	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare il valore del risultato raggiunto. Si utilizzeranno le informazioni presenti nei sistemi informativi aziendali.	Ucg Su Database Aziendali	22	Rendicontazione >= 60%	Rendicontazione >= 75%	Rendicontazione >= 90%
LAT003	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Rispetto delle liste di attesa per attività di ricovero programmato.	Interventi Anticipati per Classe Priorità / Interventi Programmati	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore Al 50%. Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 50 e l' 80 % . Riconoscimento Proporzionale ; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore Al 80%. Riconoscimento 100%;	Interventi Anticipati per Classe Priorità / Interventi Programmati	L'Ucg sulla scorta delle informazioni presenti nel Database SDO, rileverà tutti i ricoveri programmati anticipati rispetto a ricoveri della stessa classe di priorità con data iscrizione lista Edotto precedente.	Ucg Su Database Aziendali	16	Rispetto delle liste di attesa	Rispetto delle liste di attesa	Rispetto delle liste di attesa
IND003	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Migliorare l'indicatore Approprietezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) rispetto alla media delle Asl Pugliesi	Approprietezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	1 Valutazione Pessima (Peggior della Media Regionale e del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione sufficiente (Peggior della Media Regionale e migliore del dato riferito all'anno precedente), Riconoscimento 50%; --- 3 Valutazione Ottima (Migliore della Media Regionale), Riconoscimento 100%;	Totale DRG'S Chirurgici Ordinari / Totale Drg Prodotti	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare il valore del risultato raggiunto. La base dati utilizzata sarà quella presente nel DISAR nel mese di Dicembre dell'anno di riferimento.	Ucg Su Database Aziendali	14	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)	(Migliore della Media Regionale)

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRA004	Riduzione Dei Debiti Verso Fornitori	Liquidazione Delle Fatture Anni Precedenti, Entro 45 Giorni Dalla Notifica Delle Partite Da Pagare Come Notificate Dall'Agref, Ad Eccezione Delle Fatture Bloccate Dando Evidenza Per Ciascuna Fattura Della Nota Di Protocollo Con Cui La Fattura È Stata Contestata Alla Struttura;	Azzeramento Debiti Pregressi	1)Val. Pessima < 50% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Fra 50% E 70% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 40% ;3)Val. Media Fra 70% E 85% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 50 Giorni Riconosc 60%;4)Val. Buona Fra 85% E 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 48 Giorni Riconosc 85% ;5)Val. Ottima > 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 45 Giorni Riconosc 100% ;	(Num. Fatture Liquidate + Num. Fatture Bloccate Per Contestazioni Formali Al Fornitore)/ Numero Fatture Indicate In Elenco Agref	L'Agref Predisporrà Entro 60 Gg Dalla Scadenza Del Termine, Un Report Da Restituire Al Centro Liquidatore Indicando Per Ciascuna Delle Fatture Lo Stato (Liquidata / Bloccata Con Contestazione / Non Liquidata) E Determinando La % Di Fatture Liquidate E Bloccate Sul Totale Delle Fatture.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	14	> 90% con media complessiva non superiore ai 45 gg	> 90% con media complessiva non superiore ai 45 gg	> 90% con media complessiva non superiore ai 45 gg
PRA005	Riduzione Dei Debiti Verso Fornitori	Liquidazione Delle Fatture Ricevute A Decorrere Dal 1° Gennaio Dell'Anno Corrente Entro 40 Giorni Dalla Data Di Assegnazione Della Fattura Alla Struttura.	Rispetto Dei Tempi Di Pagamento	1)Val. Pessima < 50% Delle Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Fra 50% E 70% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 20% ;3)Val. Media Fra 70% E 85% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 50% ;4)Val. Buona Fra 85% E 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 70% ;5)Val. Ottima > 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 100% ;;	Fatture Liquidate Nei Termini / Fatture Assegnate Nel Anno Corrente E Da Liquidare Entro I L31/12	L'Agref Predisporrà Un Report Relativo Alle Fatture Calcolando Il Tempo Medio Di Liquidazione Di Ciascuna Fattura Assegnata Dal 1/1 Al 31/12 Determinando Per Ciascuna Struttura La % Delle Fatture Che Sono State Liquidate Nei Termini .	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	14	> 95%	> 95%	> 95%
LAT001	Governo Delle Liste E Tempi Di Attesa. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Rispetto delle liste di attesa per attività di ricovero programmato.	Presenza agli atti della struttura del documento giustificativo relativo all'eventuale anticipazione dell'intervento rispetto a quelli presenti nell'anno precedente	1)Val. Pessima Ove Si Registri Una % Inferiore Al 70%. Riconoscimento 0% 2) Val. Media Ove Si Registri Una % Compresa Fra Il 70 e il 95 % . Riconoscimento Proporzionale ; 3) Val. Ottima Ove Si Registri Un % Superiore Al 95%. Riconoscimento 100%;	Numero schede giustificative anticipazione / Numero interventi Anticipati	Le Direzioni sanitarie effettueranno la verifica delle schede giustificative presenti Rispetto agli interventi programmati rilevati sul registro di sintesi	Direzioni Sanitarie di Presidio	13	% di schede giustificative non inferiore al 90%	% di schede giustificative non inferiore al 90%	% di schede giustificative non inferiore al 90%
PRA006	Monitoraggio Costante Spesa E Definizione Tempestiva Del Fabbisogno Finanziario	Istituzione Di Un Sistema Di Monitoraggio Dei Pazienti Ricoverati Presso Strutture Esterne A Pagamento, Finalizzato A Rilevare Per Ciascun Paziente Informazioni Finalizzate Al Monitoraggio Del Costo In Bilancio. Invio Del Database Entro il 31 Luglio E 31 Gennaio Anno Successivo	Alimentazione Di Un Database Che Consenta Di Monitorare La Presenza Di Ns. Assistenti Presso Strutture Sanitarie Esterne E Quantificare Il Costo Di Tale Assistenza, Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascun Assistito Le Seguenti Informazioni: 1) Data Iniziale Di Manifestazione Del Fabbisogno; 2) Tipologia Di Assistenza Di Cui Il Paziente Necessità; 3) Data Di Effettivo Inserimento Nella Struttura 4) Durata Autorizzata Del Ricovero 5) Struttura Presso La Quale È Stato Disposto Il Ricovero; 6) Costo Giornaliero Di Assistenza O Costo Medio Stimato Ove L'Addebito Non È Strettamente Correlato Alle Giornate Di Degenza.	1)Val. Pessima Nessun Invio Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Invio Di 1 Db o invio dei 2 Db oltre i termini indicati al punto successivo. Riconoscimento 55%; 3) Valutazione Ottima Invio Dei 2 Db Con Un Ritardo Complessivo Per I 2 Invi Non Superiore A 15 Gg. Riconoscimento 100%.	Verifica Avenuto Invio Dei Db	La Struttura, trasmetterà All'Ucg entro il 15 luglio e 15 gennaio anno successivo, copia Dei Database Con Le Informazioni Richieste. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo@gestione@aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	10	Invio Di Tutti I Db Richiesti Nei Termini Indicati	Invio Di Tutti I Db Richiesti Nei Termini Indicati	Invio Di Tutti I Db Richiesti Nei Termini Indicati
MNP005	Qualità Cure Rete Ospedaliera	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.	Tasso di ospedalizzazione per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	1 Valutazione Pessima (Peggiora dell'Obiettivo Regionale Fissato a < 409) Riconoscimento 0%; 2 Valutazione Ottima (Migliore dell'Obiettivo Regionale Fissato a < 409), Riconoscimento 100%;	Calcolo effettuato con reportistica DISAR	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Struttura Ospedaliera, La Reportistica Per Calcolare Il valore del risultato raggiunto. La base dati utilizzata sarà quella presente nel DISAR nel mese di Dicembre dell'anno di riferimento.	Ucg Su Database Aziendali	10	< 409	< 409	< 409
FAR003	Riduzione Della Spesa Farmaceutica	Elaborazione E Invio Alla S.C. Farmaceutica Territoriale, Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Bimestre Della Reportistica Bimestrale Relativamente Alle Prescrizioni Dei Soli Biosimilari / Equivalenti Ad Alto Costo ai soli Pazienti Naive E Con Switch/Swap Per Il Monitoraggio Delle Prescrizioni Di Farmaci Ad Alto Costo	Report Bimestrale	1)Val. Pessima Reportistica Non Inviata; Riconoscimento 0% 2) Val. Media Invio dei 6 Report con un ritardo complessivo non superiore ai 90 gg Riconoscimento 70%; 3) Val. Ottima Invio Dei 6 Report con un ritardo complessivo non superiore a 30 gg . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Verifica Invio Reportistica Mensile	In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Di Budget, L'Area Farmaceutica Indicherà Per Ciascuna U.O. Date Di Trasmissione Dei Report E % Raggiunta In Relazione Al Range Di Pesatura Indicato	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	8	Almeno 6 Relazioni con ritardo non superiore ai 60 gg	Almeno 6 Relazioni con ritardo non superiore ai 60 gg	Almeno 6 Relazioni con ritardo non superiore ai 60 gg

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
NOR002	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vincolante	Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Rispetto Cronoprogramma Anno In Corso E Pubblicazione Di Tutti Gli Atti Di Competenza. Trasmissione esclusivamente via mail all'indirizzo raffaella.notarpietro@aslbat.it da Parte Di Ciascuna Struttura Entro Il 31 Gennaio Dell'Anno Successivo A Quello Di Riferimento, Di Una Relazione Indicante Per Ciascun Adempimento E/O Atto Da Pubblicare, Estremi E Data Dei Documenti Attestante L'Esecuzione Delle Attività Richieste. Nota Dg 18032/2022	Adempimenti Portati A Termine	1)Val. Pessima "Nessuna Attività Svolta" Riconosc 0% ;2) Val. Scarsa "Svolta Solo Parte Dell'Attività Prevista"; Riconosc % Da Definirsi A Cura Dell'Rpct ; 4)Val. Ottima Rispetto Adempimenti E Termini Fissati Come Da Attestazione Dell'Rpct. Riconosc 100% ;	Adempimenti Eseguiti / Adempimenti Da Eseguire (Calcolo % A Cura Dell' Rpct)	L'Rpct Sulla Scorta Delle Relazioni Presentate Da Ciascuna Struttura Provvederà A Determinare Per Ciascun Assegnatario Dei Budget Una % Complessiva Di Raggiungimento Dell'Obiettivo Che Tenga Conto Anche Della Complessità Relativa Alla Produzione Dell'Atto Da Pubblicare.	U.O.S.V.D. Burocratico - Legale	7	Invio entro il 31/01 della relazione attestante l'avvenuta pubblicazione di quanto previsto dal Piano Anticorruzione	Invio entro il 31/01 della relazione attestante l'avvenuta pubblicazione di quanto previsto dal Piano Anticorruzione	Invio entro il 31/01 della relazione attestante l'avvenuta pubblicazione di quanto previsto dal Piano Anticorruzione
PRA057	Tempestivo Inserimento Dei Contratti Di Aggiudicazione Con Prodotti E Prezzi Di Aggiudicazione	Caricamento In Areas Dei Contratti Di Aggiudicazione Ai Fini Di Una Corretta Emissione Degli Ordinativi.	Data Inserimento / Data Di Pubblicazione della delibera	1) Valutazione Insufficiente. Tempi Medi Di Inserimento > Di 30 Gg. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Sufficiente. Inseriti Entro 30 Giorni Almeno L'85% Dei Contratti. Riconoscimento 70% 4) Valutazione Ottima, Tempi Medi Di Inserimento < Di 20 Gg. Riconoscimento 100%;	Somma (Data Di Pubblicazione delibera - Data Caricamento)/Numero Procedure	La Struttura In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Di Budget Fornirà Un Elenco Su File Excel Contenente Estremi Delle Singole Procedure Aggiudicate (E/O Oggetto Di Adesione) Con Data Di Pubblicazione delibera /Comunicazione E Data Di Completamento Dell'Inserimento In Anagrafica Con Indicazione Del Codice Identificativo Del Contratto Presente In Areas. In assenza di reportistica per la valutazione e/o reportistica incompleta l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	7	Tempi Medi Di Inserimento Inferiori Ai 15 Giorni	Tempi Medi Di Inserimento Inferiori Ai 15 Giorni	Tempi Medi Di Inserimento Inferiori Ai 15 Giorni
PRA068	Riduzione Tempi Di Pagamento Fatture E Corretto Monitoraggio Buget Ordini	Comunicazione Preventiva Per Interventi In Elezione Delle Schede Di Impianto nel rispetto delle indicazioni, procedure e modulistiche che saranno elaborate dal Dipartimento Farmaceutico..	Rispetto delle procedure	1)Val. Pessima mancato rispetto delle procedure. Riconosc 0% ; 2) Val. Ottima rispetto della procedura. Riconosc 100%	Relazione attestate il rispetto delle procedure	L'Area Farmaceutica, Determinerà La % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo Per Ciascuna Delle Strutture Assegnatarie sulla base delle risultanze comunicate dalle farmacie ospedaliere.	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	7	Rispetto delle procedure relative alla comunicazione e dell'avvenuto impianto	Rispetto delle procedure relative alla comunicazione e dell'avvenuto impianto	Rispetto delle procedure relative alla comunicazione e dell'avvenuto impianto
FAR004	Riduzione Della Spesa Farmaceutica	Attivare Un Controllo entro la fine di ciascun quadrimestre Su Ciascuna Struttura di degenza, con sottoscrizione di verbale controfirmato dal responsabile della U.O. oggetto di verifica, Finalizzato Ad Accertare Che Per Ciascuna Dimissione Che Dovesse Prevedere La Somministrazione Diretta Di Farmaci, Ci Sia Stato L'inserimento Nella Cartella Clinica Di Copia Della Prescrizione Effettuata In Edotto.	Numero Di Verbalì	1)Val. Pessima < 3 verbali per U.O. . Riconosc 0% ; 2)Val. Buona 3 verbali con un ritardo complessivo non superiore a 90 gg . Riconosc% 75%; 3) Val. Ottima 3 verbali con un ritardo complessivo non superiore a 30 gg . Riconosc% 100%	% Controlli Effettuati Come Risultanti Da Verbale Di Audit / Controlli Previsti (3 Controlli Per Ciascuna Uo di degenza)	In occasione delle relazioni la struttura trasmetterà elenco delle date di ispezione per ciascuna U.O. attestando di possedere agli atti i relativi verbali	Ucg Su Rendicontazione Struttura	6	6 verbali per ciascuna U.o. da controllare	6 verbali per ciascuna U.o. da controllare	6 verbali per ciascuna U.o. da controllare

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
NOR003	Rotazione Del Personale Di Vigilanza Nelle Attività Di Controllo	Effettuazione Di Un Programma Per Garantire Che Il Personale Impegnato In Attività Di Controllo Effettuati Nel Corso Dell'Anno Almeno Il 50% Dei Controlli In Comuni Diversi Da Quello Di Residenza E/O Lavoro	% Di Attività Di Controllo Effettuate In Comuni Diversi Da Residenza E/O Lavoro Rispetto Ai Controlli Effettuati	1)Val. Pessima < 20% Riconoscimento 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 20,1 % E 40% Riconoscimento 30% 3) Val. Media Fra 30,1 % E 50 % Riconoscimento 85% 4) Val. Ottima >= 50% Riconoscimento 100%	% N. Controlli Effettuate In Comuni Diversi Da Residenza E-O Lavoro / N. Totale Controlli Effettuati	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmetterà All'Ucg Un Report Con I Nominativi Dei Dipendenti Impegnati In Attività Di Controllo, Il Numero Di Controlli Effettuati Nel Semestre Ed Il Numero Di Controlli Effettuati In Comuni Diversi Da Quelli Di Residenza E/O Lavoro. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo@gestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	6	>= 50 %	>= 50 %	>= 50 %
PRA023	Tempestivo E Corretto Soddisfacimento Delle Richieste In Relazione Al Fabbisogno Aziendale	Incremento Procedure In Economia Ove Necessarie	Numero Procedure Eseguite	1)Val. Pessima < 60% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 60% E 80% Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima > 80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Procedure Effettuate / Procedure Richieste	L'Area Patrimonio Fornirà Un Report Semestrale Per Struttura Indicante Il Numero Di Procedure Richieste E Il Numero Di Procedure Epletate. Nella Valutazione Finale Si Potrà Tener Conto In Caso Di Mancato Raggiungimento Del Numero E/O Complessità Delle Procedure Richieste.	U.O.S.V.D. Appalti Contratti E Logistica	6	> 80%	> 80%	> 80%
PRA083	Attuazione, nei termini stabiliti dai piani regionali, degli interventi collegati al PNRR	Invio alla Direzione Strategica entro la fine di ciascun quadrimestre, di un documento con la programmazione degli interventi e attività collegate al PNRR dal quale si possa evincere l'attività da svolgere nel rispetto della programmazione regionale e i risultati raggiunti dalla data.	Rispetto del programma definito a livello Regionale	1)Val. Pessima Mancato Invio del report e/o mancato rispetto del programma stabilito dalla Regione. Riconosc 0% ;2)Val. Ottima Rispetto dei termini per l'invio e rispetto delle attività programmate a livello regionale. Riconosc. 100%	Verifica rispetto delle attività individuate a livello regionale	La Struttura In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Fornirà Copia Della Mail O Indicherà Il Protocollo Di Trasmissione Della Mail Alla Direzione Strategica trasmettendo a fine anno il documento dal quale si evinca il rispetto dei termini stabiliti.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	6	Invio dei 3 report quadrimestrali con la programmazione e sal	Invio dei 3 report quadrimestrali con la programmazione e sal	Invio dei 3 report quadrimestrali con la programmazione e sal
PRV001	Attuazione Piano Regionale Controlli e Obiettivi LEA	Porre in essere le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano Regionale, Obiettivi LEA e Obiettivi Assegnati Dgr 684_22 e s.m.i nel rispetto del Piano di attività da predisporre a cura del Direttore di Dipartimento di Concerto con le sincole UU.OO.	Attività Concluse / Attività Previste dalla Disposizione	1)Val. Pessima Attività Effettuate < 80 % di quelle previste Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Attività Effettuate comprese fra il 90 % e il 99% di quelle previste Riconoscimento Proporzionale Del Peso Previsto.2) Val. Ottima Attività Effettuate => 100 % di quelle previste Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Attività Concluse / Attività Previste dalla Disposizione	La strutture predisporrà e trasmetterà alla UOSDV Flussi Informativi, un report indicando per ciascun obiettivo previsto dalla disposizione della Direzione Strategica, a fronte delle attività richieste, il numero di attività/controlli effettuati determinati sulla scorta della reportistica presente in sistemi informativi nazionali, regionali e/o aziendali. La Uosvd flussi informativi determinerà per ciascuna U.O. la % di raggiungimento dell'obiettivo sulla scorta della graduazione fissata con nota della Direzione Strategica.	U.O.S.V.D. Epidemiologia - Flussi Informativi	6	Monitoraggio Degli Esiti Di Tutte Le Attività Ispettive	Monitoraggio Degli Esiti Di Tutte Le Attività Ispettive	Monitoraggio Degli Esiti Di Tutte Le Attività Ispettive
SCR020	Potenziamento Screening Oncologico Della Cervice Uterina	Garantire ore annue di attività screening Per Ogni Ostetrica e infermiera sufficienti a raggiungere un'estensione del 100% ed un'adesione del 49%. Per L'Anatomia Patologica Indicatore È Dato Dalle Prestazioni Erogate/Prestazioni Richieste.	Agende Per Prestazioni Garantite	1)Val. Pessima < 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Eseguite / Prestazioni Richieste	Relazione del Resp. dell'U.O.S.V.D. Screening Oncologici e del Responsabile dello screening K cervice che attesti, per ciascuna U.O. coinvolta, il n. di prestazioni richieste ed il n. di prestazioni eseguite	U.O.S.V.D. Governance Rete Consultoriale E Degli Screening Oncologici	6	> 90%	> 90%	> 90%

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
TEM006	Miglioramento Qualità Di Processo	Rispetto Dei Tempi Massimi Di Attesa Previsti Per Classi Di Priorità A, B, C, D Per Interventi Chirurgici Per Tumore.	Tempi Di Attesa Per La Chirurgia Oncologica (Ind. Mes C10C)	1)Val. Pessima > 40.00 Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa 40.00 - 35.00 Riconosc 0% ;3)Val. Media 35.00 - 30.00 Riconosc 75% ;4)Val. Buona 30.00 - 25.00 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima < 25.00 Riconosc 100% ;	Edotto Direzionale Sdo Patologiae Oncologiche : Data Intervento - Data Prenotazione	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto	Ucg Su Database Aziendali	6	< 25 Gg	< 25 Gg	< 25 Gg
MNP004	Qualità Cure Rete Ospedaliera	Riduzione del tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite.	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite.	1 Valutazione Pessima (Peggior dell'Obiettivo Regionale Fissato a < 141) Riconoscimento 0%; 2 Valutazione Ottima (Migliore dell'Obiettivo Regionale Fissato a 1,64 gg), Riconoscimento 100%;	Calcolo effettuato con reportistica DISAR	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Struttura Ospedaliera, La Reportistica Per Calcolare Il valore del risultato raggiunto. La base dati utilizzata sarà quella presente nel DISAR nel mese di Dicembre dell'anno di riferimento.	Ucg Su Database Aziendali	6	< 141	< 141	< 141
IND008	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Migliorare l'indicatore DegenzaMedia rispetto al precedente anno e alla media degli analoghi reparti presenti nelle Asl Pugliesi	Tempi di refertazione	1 Valutazione Pessima (Superiore alle 48 ore dalla data richiesta), Riconoscimento 0%; --- 2 Valutazione sufficiente (Almeno il 95% delle prestazioni richieste devono essere erogate Fra le 24 e le 48 ore dalla data di richiesta), Riconoscimento 50%; --- 3 Valutazione Ottima (Almeno il 95% delle prestazioni richieste devono essere erogate Entro le 24 ore dalla data di richiesta), Riconoscimento 100%;	% di prestazioni erogate nei tempi indicati	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare Il valore del risultato raggiunto. Si utilizzeranno le informazioni presenti nei sistemi informativi aziendali.	Ucg Su Database Aziendali	6	Entro 48 ore	Entro 24 ore	Entro 24 ore
ODI001	Miglioramento assistenza territoriale e residenziale	Porre in essere le misure necessarie al raggiungimento degli obiettivi assegnati alla Direz. Con Dgr 684_22 e s.m.i	Elaborazione di una relazione da trasmettere alla Direzione Generale entro il 31 gennaio 2024 indicando la situazione di partenza e delle misure necessarie al raggiungimento dell'obiettivo. Porre in essere entro il 31 dicembre le azioni definite	1)Val. Pessima. Mancato invio nei termini della relazione . Riconosc 0% 2) Val. Ottima. Invio della relazione e raggiungimento dell'obiettivo (ovvero mancato raggt.to per cause non imputabili) Riconosc 100% ;	Obiettivi Raggiunti e-o irraggiungibili / Obiettivi prefissati	La struttura fornirà prova dell'avvenuto invio della relazione e tutti gli elementi necessari a verificare il raggiungimento dei singoli obiettivi	Ucg Su Rendicontazione Struttura	6	Invio relazione con proposte per il raggt.to dell'obiettivo	Invio relazione con proposte per il raggt.to dell'obiettivo	Invio relazione con proposte per il raggt.to dell'obiettivo
ECO002	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Riduzione Dell'Incidenza Della Spesa Per Farmaci E Dispositivi In Linea Con Le Indicazioni Regionali	Rispetto Del Vincoli Di Spesa E Delle Disposizioni Impartite Dalla Direzione Strategica Per Il Contenimento Della Spesa Su Farmaci E Dispositivi Sulla Scorta Delle Indicazioni Regionali	1) Val. Ottima In Presenza Del Rispetto Dei Vincoli Finanziari E Delle Procedure Disposte. Riconoscimento 100%; 2) Differente Valutazione Da Effettuarsi A Cura Dell'Area Farmaceutica In Relazione All'Esame Delle Risultanze Finali, Tenuto Conto Di Tutte Le Variabili Interessate, Con Determinazione Della % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo. L'obiettivo si intenderà comunque raggiunto in caso di conseguimento della valutazione del 100% sul obiettivo rapporto consumi / produzione.	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Area Farmaceutica Utilizzando Le Informazioni Presenti Nel Sistema Informativo	L'Area Farmaceutica, Determinerà La % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo Per Ciascuna Delle Strutture Assegnatarie	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	5	Rispetto Vincolo Di Spesa E Dispositivi Impartire Ovvero Riduzione Su Anno Precedente	Rispetto Vincolo Di Spesa E Dispositivi Impartire Ovvero Riduzione Su Anno Precedente	Rispetto Vincolo Di Spesa E Dispositivi Impartire Ovvero Riduzione Su Anno Precedente
FAR001	Riduzione Spesa Farmaceutica	1) Elaborazione Di Almeno Tre Report Nel Corso Dell'Anno, Dal Quale Si Evincano Mmg E Pls Del Distretto Con Valore Medio Pro-Capite Delle Prescrizioni, Superiori Alla Media Regionale E Audit Verbalizzato Di Ciascun Medico Attenzionato;	Presenza Dei Verballi Di Audit Mmg / Pls	1)Val. Pessima < 40% Dei Medici Presenti Nei Verballi Di Audit, Riconosc 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 40,1 E 60% Dei Medici Presenti Nei Verballi Di Audit Riconosc 30% ; 3)Val. Media 60,1 E 80% Riconosc 60% ; 4)Val. Buona Fra Il 80,1 E 95% Dei Medici Presenti Nei Verballi Di Audit Riconosc 85% ;5)Val. Ottima Almeno Il 95% Dei Medici Attenzionati Controllati Riconosc 100%)	Numero Medici Attenzionati Controllati / Numero Medici Attenzionati Presenti Nel Report. Ai fini del conseguimento del punteggio indicato, occorrerà effettuare almeno un audit annuale per ogni medico attenzionato. Es. un medico attenzionato per tre volte consecutivo dovrà avere nell'anno almeno un controllo.	Al Fine Di Dimostrare L'Avvenuto Raggiungimento Dell'Obiettivo, La Struttura Dovrà Consegnare All'Ucg Una Relazione Con Indicazione Del Numero Di Medici Con Costo Medio Pro-Capite > Della Media Aziendale Presenti Nei Tre Report Elaborati E Il Numero Dei Medici Sottoposti Ad Audit, Allegando Altri Copia Dei Tre Report Estratti Dal Sistema Con Indicazione Per Ciascun Medico Del Verbale E Data Di Audizione. Il Termine Audit Si Intende Soddisfatto Anche Con Segnalazione Mail Da Archiviarsi Agli Atti Del Distretto Dandone Atto Nel Report (Audit Effettuato Con Comunicazione Mail).	Ucg Su Rendicontazione Struttura	5	> 95%	> 95%	> 95%

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
FAR002	Riduzione Spesa Farmaceutica	Avvio Del Procedimento Con Nota Formale Nei Confronti Dei Medici Segnalati Dall'Area Farmaceutica E Per I Quali È Stata Rilevata Inappropriatezza Prescrittiva E Non Aderenza Alla Normativa	Presenza Delle Note Di Avvio Del Procedimento	1)Val. Pessima < 40% Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento, Riconosc 0% ; 2) Val. Scarsa Fra 40,1 E 60% Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Riconosc 30% ; 3)Val. Media Fra 60,1 E 80% Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Riconosc 60% ; 4)Val. Buona Fra 80,1 E 90% Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Riconosc 85% ;5) Val. Ottima >95% Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Riconosc 100%)	Numero Medici Attenzionati Controllati / Numero Medici Attenzionati Segnalati Dall'Area Farmaceutica	Al Fine Di Dimostrare L'Avvenuto Raggiungimento Dell'Obiettivo, La Struttura Dovrà Consegnare All'Ucg Una Relazione Con Indicazione Del Numero Di Medici Oggetto Di Segnalazione Da Parte Dell'Area Farmaceutica (Allegando Le Relative Segnalazione) E Il Numero Dei Medici Nei Confronti Dei Quali È Stato Avviato Il Procedimento Indicando Tutte Le Note Di Protocollo Di Avvio Del Procedimento.	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	5	1	1	1
FAR017	contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera	Costante monitoraggio finalizzato alla riduzione della spesa farmaceutica pro-capite rispetto alla media regionale	Raffronto Spesa Farmaceutica Pesata Pro-Capite Aziendale / Spesa Farmaceutica Pesata Pro-Capite Regionale	1 Pessima Pegg su anno precedente e superiore media regionale ricon 0%. 2 Suffic Miglior Anno Prec pari almeno al 5% e inferiore media regionale Ric 50% 3 Discreto Miglior anno Prec sup al 5% e peggiore media reg. ovvero pegg. su anno prec e migliore media regionale Ric 70%; 5 Ottimo Migliore Media Reg e Miglioramento anno prec 100%.	Confronto media pro capite di distretto / media pro capite regionale	L'area farmaceutica attesterà il rispetto dell'obiettivo. Alla struttura sarà riconosciuto comunque un punteggio minimo del 50% se dimostrerà di aver effettuato almeno un audit bimestrale verbalizzato sui medici con prescrizioni superiori alla media regionale.	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	5	Spesa Pro-Capite aziendale < Spesa Pro-capite Regionale	Spesa Pro-Capite aziendale < Spesa Pro-capite Regionale	Spesa Pro-Capite aziendale < Spesa Pro-capite Regionale
PRA018	Avanzamento del Piano Pluriennale degli Investimenti per Interventi infrastrutturali secondo il Cronoprogramma definito con la Direzione Strategica entro 60 gg dall'assegnazione degli obiettivi, Con realizzazione non inferiore all'80% del piano.	Predisposizione entro entro 60 gg dall'assegnazione degli obiettivi, d'intesa con la Direzione Strategica su ciascun finanziamento del cronoprogramma di attuazione. Relazione Trimestrale sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	% di Realizzazione Cronoprogramma Definito	1)Val. Pessima Realizzazione Cronoprogramma < =80% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Realizzazione Cronoprogramma > 80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero di azioni eseguite nei tempi indicati / Numero di azioni programmate entro l'anno	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) 'Trasmetterà' All'Ucg un report controfirmato dalla Direzione Amministrativa, attestante la % di raggiungimento conseguita.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	5	> 80%	> 80%	> 80%
PRA021	Monitoraggio Contratti	Invio all'UCG da effettuarsi esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo Digestione@Aslbat.it entro la fine di ciascun trimestre Del Report Dei Contratti In Corso Di Validità (Ivi Compresi I Contratti In Proroga), Con Indicazione Degli Estremi Di Aggiudicazione, Conto di contabilità, fornitore aggiudicatario, date Di Validità Del Contratto e importo annuo, Codice Identificativo Del Contratto Presente In Procedura Areas, Data Inserimento In Procedura Areas.	Invio Del Report All'Ucg	1)Val. Pessima Report Non Trasmessi Riconoscimento 0% ; 2) Val. Buona. Trasmissione Dei 4 report con un ritardo complessivo non superiore a 60 gg Riconoscimento 70%; 3) Val. Ottima Trasmissione Dei 4 Report Con un ritardo complessivo non superiore a 30 gg. Riconoscimento 100%.	Verifica Esistenza Trasmissione Report	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) darà atto della data di trasmissione dei report a mezzo mail.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	5	Trasmissione Dei Report	Trasmissione Dei Report	Trasmissione Dei Report
PRA069	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale Obiettivo Di Mandato	Prescrizione Farmaci In Edotto Dopo Visita Ambulatoriale Relativamente Alle Branche Di (Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Dermatologia)	Numero Di Prescrizioni Effettuate Dai Servizi Interessati	1)Val. Pessima. Prescrizioni Assenti o in numero irrilevante Avvio 0% ; 3) Val. Ottima Prescrizioni presenti in numero congruo. Riconosc 100%)	Numero Di Prescrizioni Rilevate Da Edotto.	L'Area Farmaceutica Dovrà Trasmettere Entro La Fine dell'anno Attestazione All'Ucg Del Numero Di Prescrizioni Effettuate Attraverso Il Sistema Edotto Da Ciascun Distretto	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	5	Utilizzo di Edotto per prescrizione farmaci su visite ambulatoriali	Utilizzo di Edotto per prescrizione farmaci su visite ambulatoriali	Utilizzo di Edotto per prescrizione farmaci su visite ambulatoriali
SCR004	Potenziamento Screening Oncologico Della Cervice Uterina	organizzare almeno un evento informativo/divulgativo sullo screening sul territorio di competenza a trimestre (MMG, gruppi di popolazione mirati, etc)	Numero di eventi organizzati	1 Ottimo 4 Eventi organizzati, Riconoscimento 100%; 2 Buono almeno 3 eventi organizzati, Riconoscimento 70%; 3 Scarso <3 eventi organizzati, Riconoscimento 0%;	Numero Eventi Organizzati	La Uosvd effettuerà la verifica sul numero di eventi organizzati e comunicherà all'UCG la % di raggiungimento	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	5	organizzazione di almeno 1 evento in corso d'anno	organizzazione di almeno 1 evento in corso d'anno	organizzazione di almeno 1 evento in corso d'anno

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
SCR021	Potenziamento Screening Oncologico Mammografico	Garantire l'Erogazione del 100% delle prestazioni richieste, finalizzate al raggiungimento dell'estensione del 100%, e la chiamata delle Mx ad 1 anno e dei follow up maturati nell'anno.	Prestazioni Eseguite	1)Val. Pessima < 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Eseguite / Prestazioni Richieste	Relazione del Resp. dell'U.O.S.V.D. Screening Oncologici e del Responsabile dello screening K mammella che attesti, per ciascuna U.O. coinvolta, il n. di prestazioni richieste ed il n. di prestazioni eseguite	U.O.S.V.D. Governance Rete Consultoriale E Degli Screening Oncologici	5	Erogazione di almeno il 90% delle prestazioni richieste	Erogazione di almeno il 90% delle prestazioni richieste	Erogazione di almeno il 90% delle prestazioni richieste
TEM007	Potenziamento Tempervità Erogazione Assistenza Domiciliare / Ricoveri In Strutture	Riduzione Dei Tempi Per La Valutazione Dei Casi In Uvm	Giorni Decorrenti Dalla Data Di Presentazione Dell'Istanza Alla Data Di Valutazione In Uvm	1)Val. Pessima > 15 Giorni Medi. Riconosc 0% ; 2)Val. Buona Media Compresa Fra 10 E 15 Giorni. Riconosc 80%;3)Val. Ottima Media < 10 Giorni Riconosc 100%;	Somma Di Giorni (Data Verbale Uvm Data Protocollo Istanza) / Numero Di Istanze Pervenute E Protocollate Nell'Anno. I Termini Si Considerano Calcolati Dalla Data In Cui La Pua Attestera' Con Timbro L'Ammissibilita' Della Pratica	L'Assegnatario Dovrà Tenere Un Registro Su Supporto Informatico (Excel) In Cui Annoterà Per Ciascuna Istanza Pervenuta Le Seguenti Informazioni. Numero E Data Protocollo Istanza Richiesta, Data Attestazione Validità Pratica Da Parte Della Pua, Numero E Data Verabile Uvm, Differenza Fra Data Uvm E Data Istanza. Al Termine Dell'Anno Produrrà Un Report Con Le Indicazioni Analitiche Ed Il Calcolo Della Media Complessiva;	Ucg Su Rendicontazione Struttura	5	N. Gg<10	N. Gg<10	N. Gg<10
TEM008	Potenziamento Tempervità Erogazione Assistenza Domiciliare / Ricoveri In Strutture Per Gli Oncologici.	Riduzione Dei Tempi Per La Valutazione Dei Casi In Uvm	Giorni Decorrenti Dalla Data Di Presentazione Dell'Istanza Alla Data Di Valutazione In Uvm	1)Val. Pessima >= 2. Gg Medi Riconosc 0% ; 2) Val. Ottima Minore Di < 2 Giorni Riconosc 100%;	Somma Di Giorni (Data Verbale Uvm Data Protocollo Istanza) / Numero Di Istanze Pervenute E Protocollate Nell'Anno. I Termini Si Considerano Calcolati Dalla Data In Cui La Pua Attestera' Con Timbro L'Ammissibilita' Della Pratica	L'Assegnatario Dovrà Tenere Un Registro Su Supporto Informatico (Excel) In Cui Annoterà Per Ciascuna Istanza Pervenuta Le Seguenti Informazioni. Numero E Data Protocollo Istanza Richiesta, Data Attestazione Validità Pratica Da Parte Della Pua, Numero E Data Verabile Uvm, Differenza Fra Data Uvm E Data Istanza. Al Termine Dell'Anno Produrrà Un Report Con Le Indicazioni Analitiche Ed Il Calcolo Della Media Complessiva;	Ucg Su Rendicontazione Struttura	5	N. Gg<5	N. Gg<5	N. Gg<5
TEM009	Riduzione Della Degenza Media E Della Permanenza In Ps	Riduzione Dei Tempi Di Refertazione Degli Esami Richiesti Da Ps E Reparti	Tempo Decorrente Dalla Data Di Richiesta Dell'Esame Alla Data Di Refertazione. Il Conteggio Si Effettuerà Solo Sulle Prime 5 Prestazioni Più, Richieste Ed Erogate Entro Il 31/12 Dell'Anno, in assenza di informazioni presenti nei sistemi informativi che consentano di monitorare tutti i tempi di refertazione.	1)Val. Pessima > Anno Precedente Riconosc 0% ; 3) Val. Ottima <= Anno Precedente Riconosc 100% .	= (SOMMA(Tempo medio per numero prestazioni richieste) / numero prestazioni richieste)	L'Assegnatario Dovrà Estrarre Dal Sistema Informativo Il Registro Con tutte Le Prestazioni Erogate Ed I Tempi Medi Di Esecuzione da cui individuare le 5 prestazioni più richieste sia da PS che dai reparti.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	5	Tempi Medi Inferiori O Uguali All'Anno Precedente	Tempi Medi Inferiori O Uguali All'Anno Precedente	Tempi Medi Inferiori O Uguali All'Anno Precedente
ECC0010	Assicurare Efficacia, Efficienza Ed Economicità Della Gestione Aziendale	Incremento del valore di produzione relativo ad interventi chirurgici per ora lavorata dal personale dirigenziale e di comparto (Orario annuo - Fabbisogno Rianimazione e Sala Urgenza)	Valore della produzione / Ore lavorate da personale della dirigenza e del comparto (Orario annuo - Fabbisogno Rianimazione e Sala Urgenza)	1)Val. Pessima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno in corso < Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno precedente, Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno in corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno precedente Magg.ta sino al 10% Riconoscimento % del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Ove Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno in corso > Valore Prodotto Per Ora Timbrata nell'anno precedente Magg.ta almeno del 10%. Riconoscimento 100 % del Peso Previsto.	Valore Produzione Drg Chirurgici / Ore lavorate da personale assegnato	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare il valore di produzione per ora lavorata. Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto comunque del posizionamento rispetto alla media aziendale e/o regionale di riferimento se disponibile che garantirà un punteggio non inferiore al 80% a chi si colloca al di sopra della media.	Ucg Su Database Aziendali	4	Incremento 10% su anno precedente	Mantenimento livello Anno 2024	Mantenimento livello Anno 2024

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)	
FAR006	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Ampliamento Dei Farmaci Oggetto Di Distribuzione Diretta Del Primo Ciclo Di Terapia A Seguito Di Dimissione Ospedaliera O Visita Ambulatoriale	Numero Di Farmaci Oggetto Di Distribuzione.		1)Val. Pessima. Incremento Inferiore Al 30% Del N. Dei Farmaci Oggetto Di Distribuzione Diretta Rispetto Al 2022. Riconosc 0% 2) Val. Ottima Incremento >= Al 30% Del N. Dei Farmaci Oggetto Di Distribuzione Diretta Rispetto Al 2022. Riconosc 100%	Report Inviato A Tutte Le U.O. Interessate Dal Quale Si Possa Evincere Il Numero Di Farmaci Già Dispensati E Il Numero Di Farmaci Aggiunti Nel 2023.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	4	Incremento dei farmaci oggetto di distribuzione in misura non inferiore al 30% del 2022	Incremento dei farmaci oggetto di distribuzione in misura non inferiore al 30% del 2022	Incremento dei farmaci oggetto di distribuzione in misura non inferiore al 30% del 2022	
PRA016	Riduzione Contratti In Proroga	Azzeramento Dei Contratti In Proroga Esistenti Alla Data Del 31/12/Anno Precedente.	% Numero Di Procedure Avviate Nel Anno Corrente Su Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente / Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente		1)Val. Pessima < 40% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 40% E 80% Riconoscimento Proporzionale Del Peso Previsto 3) Val. Ottima > 80% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Numero Dei Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente Avviati Nel Corso Del Anno Corrente / Numero Dei Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) 'Trasmetterà' All'Ucg Un Report Analitico Su File Excel Dei Contratti In Proroga Al 31/12/Anno Precedente, Indicando Per Ciascuno La Delibera Di Iniziazione Ove Esistenti.. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllodigestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	4	> 80 %	> 80 %	> 80 %
PRA017	Riduzione Contratti In Proroga	Riduzione Delle Proroghe Nel Corso Del Anno Corrente Con Riferimento Ai Contratti In Scadenza Nel Corso Del Medesimo Anno.	% Numero Proroghe Al 31/12/Anno Corrente Relativamente Ai Soli Contratti Scaduti Nel Anno Corrente.		1)Val. Pessima < 50% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 50% E 70% Riconoscimento Proporzionale Del Peso Previsto 3) Val. Ottima > 70% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Numero Proroghe Al 31/12/Anno Corrente Relativamente Ai Soli Contratti Scaduti Nel Anno Corrente	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) 'Trasmetterà' All'Ucg Un Report Analitico Su File Excel Dei Contratti In Scadenza Nel Corso Dell'Anno Corrente, Indicando Per Ciascuno La Delibera Di Iniziazione Ove Esistenti.. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllodigestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	4	> 70%	> 70%	> 70%
PRA060	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento Delle Fatture	Registrazione Delle Bolle Entro 7 Giorni Dal Ricevimento		1)Val. Pessima < 50% Ordini Collegati A Bolle Entro 7Gg; Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Fra 50% E 70% Ordini Collegati A Bolle Entro 7 Gg; Riconosc.30% ;3)Val. Media Fra 70% E 85% Ordini Collegati A Bolle Entro 7Gg; Riconosc 60%; 4)Val. Buona Fra 85% E 95% Ordini Collegati A Bolle Entro 7Gg; Riconosc 85% ;5)Val. Ottima > 95% Ordini Collegati A Bolle Entro 7 Gg Riconosc 100% ; La verifica sarà effettuata dalla Direzione Amm.va di PP.OO. tenendo conto della data effettiva di consegna della merce. Il controllo riguarderà le bolle consegnate nel mese precedente alla data di effettuazione della verifica.	Bolle Caricate Entro 7 Gg / Bolle Caricate	La direzione amm.va di PP.OO effettuerà verifiche a campione per accertare il rispetto dei termini di caricamento indicando la % di raggiungimento dell'obiettivo.	S.Comp. Direzione Amm.va Presidi	4	95% Delle Bolle Registrate Entro 7 Gg	95% Delle Bolle Registrate Entro 7 Gg	95% Delle Bolle Registrate Entro 7 Gg

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRE012	Variabilità Attività Chirurgica Robotica (Computer - Assistita)	Migliorare Efficienza Organizzativa E Clinica Per Interventi Chirurgici Computer Assistiti (Robotica), Rispettando I Volumi Programmati Nei Piani Aziendali.	Valutare Volumi Di Attività Dei Ricoveri Con Interventi Chirurgici In Robotica	1) Valutazione Scarsa N. Interventi Inferiore Al 50% Degli Interventi Programmati. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Sufficiente N. Interventi Compresi Fra Il 50% E Il 70% Degli Interventi Programmati. Riconoscimento 50% 3) Valutazione Buona N. Interventi Compresi Fra Il 70% E Il 100% Degli Interventi Programmati. Riconoscimento Pari Alla % Raggiunta 4) Valutazione Ottima N. Interventi >= A Quelli Programmati. Riconoscimento 100%;	Individuazione Delle Sdo Con Intervento Chirurgico Secondario O Principale 00.3X Per La Disciplina Di Otorinolaringoiatria, Chirurgia Generale Urologia e Ginecologia	L'Ucg Elaborerà Un Report Per U.O. Con Indicazione Della Casistica Trattata Per La Verifica Dei Volumi Di Attività Previsti Nella Programmazione Aziendale.	Ucg Su Database Aziendali	4	Rispetto Dei Numeri Previsti Nei Piani Di Programmazione Aziendale	Rispetto Dei Numeri Previsti Nei Piani Di Programmazione Aziendale	Rispetto Dei Numeri Previsti Nei Piani Di Programmazione Aziendale
SCR001	Potenziamento Screening Oncologico Mammografico	tempi di refertazione mammografie I livello entro 1 mese	GG Medi Data Refertazione - Data Esecuzione	1 Scarso <50% entro 1 mese, Riconoscimento 0%; 2 Refertazione fra 50-80% entro 1 mese, Riconoscimento %; 3 Refertazione > 80% entro 1 mese, Riconoscimento 100%	Somma GG (Data Refertazione - Data Esecuzione)/ Numero Esami	La Uosvd effettuerà la verifica sui tempi e comunicherà all'UCG la % di raggiungimento	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	4	Refertazione 1° livello entro 1 mese	Refertazione 1° livello entro 1 mese	Refertazione 1° livello entro 1 mese
SCR002	Potenziamento Screening Oncologico Mammografico	chiusura delle schede pz inviati ad approfondimento	completamento delle schede pz di 2 livello entro 4 mesi dall'invio ad approfondimento	1 Scarso <50% entro 4 mesi, Riconoscimento 0%; 2 Refertazione fra 50-80% entro 4 mese, Riconoscimento %; 3 Refertazione > 80% entro 4 mese, Riconoscimento 100%	verifica completamento schede	La Uosvd effettuerà la verifica sul completamento delle schede e comunicherà all'UCG la % di raggiungimento	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	4	completamento delle schede pz di 2 livello entro 4 mesi	completamento delle schede pz di 2 livello entro 4 mesi	completamento delle schede pz di 2 livello entro 4 mesi
VAL001	Verifica Dell'Appropriatezza Prescrittiva	Verifica Di Alimento Il 15% Delle Richieste Di Esami Su Grandi Macchine (Tc/Rm) E Segnalazione Al Rula Delle Anomalie Ricontrate;	Predisposizione Ed Invio Alla Direzione Strategica Di Tre Report (1° Quadrimestre - Entro Il 30/6 - 2° Quadrimestre Entro Il 31/10 - 3° Quadrimestre Entro Il 15 Febbraio, Con Elenco Analitico Delle Prestazioni Erogate E Sottoposte A Controllo E Indicazione Dell'Anomalia Ricontrata.	1) Val. Pessima < 10% Riconosc 0% 2) Val. Buona Fra 10% E 15% Riconosc 70% 3) Val. Ottima >15% Riconosc 100%;	Numero Di Ricette Controllate / Numero Di Prestazioni Erogate	La Struttura Dovrà Fornire Al Rula Con Riferimento A Ciascun Trimestre, Il Numero Di Prestazioni Erogate Nel Periodo Di Riferimento E Il Numero Di Prestazioni Verificate (Le Cui Risultanze Dovranno Essere Riportate In Un Verbale In Cui Siano Indicate Le Prestazioni Verificate)	S.Comp. Dss Andria - Direzione	4	>= 20 % Delle prestazioni erogate	>= 20 % Delle prestazioni erogate	>= 20 % Delle prestazioni erogate
FAR010	Appropriatezza D'Uso Dei Farmaci Antibiotici.	Monitoraggio Quadrimestrale Appropriatenza Utilizzo Antibiotici, Da Inviare A Tutte Le U.O. Di Degenza Del Pp.Oo Di Afferenza, Indicando Numero Di Richieste Complessive E Numero Di Richieste Inappropriate;	Produzione Di N. 1 Report Quadrimestrale Da Inviare A Tutte Le U.O. Di Degenza Del Pp.Oo Di Afferenza, Sulle Prescrizioni Di Antibiotici Con Evidenza Di Quelle Inappropriate.	1) Valutazione Pessima= Assenza Di Report ; 2) Valutazione Buona = Trasmissione Di Almeno N. 2 Riconoscimento 75% 3) Valutazione Ottima. Trasmissione Dei 3 Report. Riconoscimento 100%	Numero Report	In Occasione Della Verifica Del Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Struttura Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Dei Report A Mezzo Mail Alle Uu.Oo Del Pp.Oo:	Ucg Su Rendicontazione Struttura	3	Produzione Dei Tre Report	Produzione Dei Tre Report	Produzione Dei Tre Report
MNP001	Miglioramento Qualità E Appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Miglioramento Qualità Percepita	Abbandoni Da Pronto Soccorso (Ind. Mes D9)	1)Val. Pessima > 5.00 Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa 5.00 - 3.75 Riconosc 0%; 3)Val. Media 3.75 - 2.50 Riconosc 75%; 4)Val. Buona 2.50 - 1.25 Riconosc 95% ;5)Val. Ottima < 1.25 Riconosc 100% ;Pronto Soccorso;	Edotto - Registro Di Pronto Soccorso	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto	Ucg Su Database Aziendali	3	< 2,5	< 2,5	< 2,5
MNP002	Miglioramento Qualità E Appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Incremento Degli Interventi Su Fratture Del Collo Del Femore Operate Entro 2 Giorni Dall'Ammissione	% Fratture Collo Del Femore Operate Entro 2 Giorni Dall'Ammissione (Ind. Mes C5.2)	1)Val. Pessima < 60% Riconosc 0% ; 2)Val. Media 60% - 85% Riconosc Proporz. ;4)Val. Buona > 85% Riconosc 100% ;Ortopedie;	% Fratture Collo Del Femore Operate Entro 2 Giorni Dall'Ammissione / % Fratture Collo Del Femore Operate (Ind. Mes C5.2)	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In DISAR Report H13C	Ucg Su Database Aziendali	3	> 85 %	> 85 %	> 85 %
MNP003	Qualità Cure Rete Ospedaliera	Riduzione Parti Cesarei Primari	% Cesarei Primari	1)Val. Pessima > 30% Riconosc 0% ; 3)Val. Media Fra 25 E 30% Riconosc 55% ; 4)Val. Buona Fra 15 E 25% Riconosc 90% ; 5)Val. Ottima < 15% Riconosc 100%)	Num Parti Cesarei Primari / Num Totale Di Parti Con Nessun Progresso Cesareo * 100	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In DISAR Report PNE N.037 / H17C - Parti cesarei	Ucg Su Database Aziendali	3	> 20 %	> 20 %	> 20 %
PAR01	Attivazione della partoanalgesia	Garantire compatibilmente con il personale e la formazione del personale l'attivazione dell'obiettivo nel rispetto delle linee guida che saranno emanate dalla Direzione su proposta del referente aziendale	Attivazione della partoanalgesia	1 Attivazione partoanalgesia ricon. 100% 2 Mancata attivazione partoanalgesia 0%	Verifica rispetto indicazioni fornite dalla Direzione Strategica	Valutare la collaborazione e le attività effettuate in relazione a quanto programmato	Dirigente Referente Aziendale Partoanalgesia	3	Attivazione Partoanalgesia	Attivazione Partoanalgesia	Attivazione Partoanalgesia

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PER002	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	3	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER008	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	3	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PRA012	Monitoraggio Costante Obiettivi Assegnati Alle Uosvd Dell'Area	Porre In Essere Attività Di Verifica Sullo Stato Di Avanzamento Degli Obiettivi Da Parte Delle Uosvd Di Appartenenza	% Raggiungimento Obiettivi Specifici Da Parte Delle Aree	1)Val. Pessima % Raggiunta < 50%. Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona % Raggiunta Fra 50% E 70% . Riconoscimento Stessa % Raggiunta; 3) Val. Ottima % Raggiunta > 70% Riconoscimento 100%;	Fatto Il Peso Dell'Obiettivo Pari A 100, Lo Si Divide Per Il Numero Delle Uosvd Di Riferimento E Si Moltiplica Il Sub-Peso Di Ciascuna Uosvd Per La % Di Raggiungimento Complessivo Degli Obiettivi Da Parte Della Stessa.	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Sulla Scorta Dei Risultati Raggiunti Dalle Uosvd Di Afferenza	Ucg Su Database Aziendali	3	%>80%	%>80%	%>80%
PRA019	Allineamento Annuale Fra Registro Cespiti E Contabilita' Generale	Garantire La Tempestiva Alimentazione Del Registro Cespiti In Relazione Agli Incrementi Registrati Nella Contabilità Generale Con Riferimento Alle Voci Di Propria Competenza.	Elaborazione Entro Il 31/03/Anno Corrente E 31/03/Anno Successivo Di Un Report Di Quadratura Rispettivamente Al 31/12/Anno Precedente E 31/12/Anno Corrente.	1)Val. Pessima < 92% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Scarsa Fra 92% E 93,99% Riconoscimento 30% Del Peso Previsto ; 3) Val. Media Fra 94% E 95,99% Riconoscimento 60% Del Peso Previsto 4) Val. Buona Fra 96% E 97,9% Riconoscimento 90% Del Peso Previsto; 5) Val. Ottima > 97,9% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Valore Economico Per Conto Co.Ge Presente Nel Registro Cespiti Al 31/12/Anno Precedente-Anno Corrente / Costo Storico Contabilità Generale Al 31/12/Anno Precedente-Anno Corrente	Invio Reportistica Di Raffronto Fra Dato Registro Cespiti (Stampa Da Sistema Informativo) E Dato Co.Ge Dichiarato Da Ragioneria	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	3	>97,9%	>97,9%	>97,9%
PRA020	Allineamento Infrannuale Fra Registro Cespiti E Contabilita' Generale	Garantire La Tempestiva Alimentazione Del Registro Cespiti In Relazione Agli Incrementi Registrati Nella Contabilità Generale Con Riferimento Alle Voci Di Propria Competenza.	Elaborazione Entro Il 31/12 Di Un Report Di Quadratura Fra Registro Cespiti E Coge Renuto Conto Dei Cespiti Registrati Entro Il 30/09. Dal Calcolo Dell'Indicatore, Dovranno Essere Esclusi I Cespiti Non Registrabili Per Assenza Di Collaudi.	1)Val. Pessima < 75% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 4) Val. Buona Fra 75% E 85% Riconoscimento 90% Del Peso Previsto; 5) Val. Ottima > 85% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Valore Economico Per Conto Co.Ge Presente Nel Registro Cespiti / Costo Storico Contabilità Generale Al 30/09	Invio Reportistica Di Raffronto Fra Dato Registro Cespiti (Stampa Da Sistema Informativo) E Dato Co.Ge Dichiarato Da Ragioneria	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	3	> 85%	> 85%	> 85%
PRA031	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Definizione In Cvs Della Richiesta Di Risarcimento, Entro 20 Gg Dal Ricevimento Della Relazione Medico Legale Da Parte Della Uosvd Medicina Legale. L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Dimostrando Di Aver Partecipato A Tutte Le Riunioni Convocate Dal Coordinatore Cvs.	Verbale Definizione Caso Cvs	1)Val. Pessima Somma Gg, Complessivi Definizione Caso / Casi Definiti > 30 Gg. Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Somma Gg. Complessivi Definizione Caso / Casi Definiti Compresa Fra 25 E 30 Gg. Riconosc 30% ; 3)Val. Sufficiente Gg. Complessivi Definizione Caso / Casi Definiti Compresa Fra 21 E 25 Gg. Riconosc 60%; 4)Val. Buona Gg. Complessivi Definizione Caso / Casi Definiti Compresa < 21 Gg. Riconosc 85%; 5)Val. Ottima Se Ogni Caso Definiti E' Inoltrata Alla Dir. Gen. Entro Il Termine Di 20 Gg. Riconosc 100%	Gg. Complessivi Riscontri / Numero Perizie	L'Ucg Sulla Scorta Del Report Predisposto Dal Coordinamento Cvs Procedera' A Calcolare Per Ciascuna Struttura I Tempi Medi Di Riscontro	Ucg Su Database Aziendali	3	Tutti I Casi Entro 20 Gg	Tutti I Casi Entro 20 Gg	Tutti I Casi Entro 20 Gg
PRA032	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Definizione In Cvs Entro Il 31/12/24 Del 100% Dei Casi Pendenti Anno 2023. L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Dimostrando Di Aver Partecipato A Tutte Le Riunioni Convocate Dal Coordinatore Cvs.	Casi Definiti / Casi Da Definire	1) Pessima: Valutazione Casi Definiti / Casi Da Definire < 50% . Nessun Riconoscimento. 2) Buona: Valutazione Casi Definiti / Casi Da Definire Compresa Fra Il 50% Ed Il 95% . Riconoscimento In % 3) Ottima : Valutazione Casi Definiti / Casi Da Definire Compresa > 95% . Riconoscimento 100%	Casi Definiti / Casi Da Definire	L'Ucg Sulla Scorta Del Report Predisposto Dal Coordinamento Cvs Procedera' A Calcolare il raggiungimento dell'obiettivo	Ucg Su Database Aziendali	3	100% DEI CASI PENDENTI ANNO 2023	100% DEI CASI PENDENTI ANNO 2023	100% DEI CASI PENDENTI ANNO 2023

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRA034	Attività Di Controllo Su Ciascuna Unità Operativa.	Eseguire Entro Il 30 Novembre Nr.1 Ispezioni Presso Ciascuna U.O Del Presidio Che Si È Approvvigionata Di Materiale Sanitario, Per Verificare La Coerenza Delle Dotazioni Interne Di Farmaci E Materiale Sanitario E La Loro Corretta Conservazione.	Verbali fatti	1) Valutazione Pessima < 60% delle strutture verificate riconoscimento 0; 2) Valutazione Buona fra 60 e 90% riconoscimento %; 3) Valutaz Ottima > 90% Rico 100%.	Verbali fatti / Num. U.O. da controllare	In Occasione Della Verifica Del Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Struttura Dovrà Fornire L'Elenco Dei Controlli Effettuati Indicando U.O. E Data Controllo Comprovata Da Verbale agli atti della struttura	Ucg Su Rendicontazione Struttura	3	1 Ispezioni Per Uo	1 Ispezioni Per Uo	1 Ispezioni Per Uo
PRA070	Utilizzo Di Oncosys Per Le Prescrizioni Chemioterapici	Utilizzo Sistema Informativo	n°prescrizioni inserite/n°prescrizioni effettuate	1)Val. Pessima. Inserimenti < 70%. Riconosc 0%; 2) Valutazione Buona. Inserimento dal 70% al 90% . Riconosc %. 3) Val. Ottima Inserimento > 90%. Riconosc 100 %	Verifica Utilizzo Sistema Informativo	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Farmacia Ospedaliera Di Andria U.O.S Farmacia Clinica E Ufa Attesterà Il Raggiungimento Dell'Obiettivo.	U.O.S.V.D Farmacia Clinica e UFA	3	Inserimeto di almeno il 90% in Ocnosys	Inserimeto di almeno il 90% in Ocnosys	Inserimeto di almeno il 90% in Ocnosys
SCR003	Potenziamento Screening Oncologico Della Cervice Uterina	garantire i secondi livelli presso il PTA di Trani ed i terzi livelli, tipo conizzazioni in ambiente protetto, presso le UU.OO. di competenza, nei numeri richiesti dal centro screening.	100% delle prestazioni richieste, entro 1 mese dalla richiesta	1 Ottimo se 100% delle prestazioni richieste, entro 1 mese dalla richiesta, Riconoscimento 100%; 2 Insufficiente < 100% delle prestazioni richieste, entro 1 mese dalla richiesta, Riconoscimento 0%	verifica esecuzione prestazioni richieste	La Uosvd effettuerà la verifica sull'effettuazione delle prestazioni richieste e comunicherà all'UCG la % di raggiungimento	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	3	100% delle prestazioni richieste, entro 1 mese dalla richiesta	100% delle prestazioni richieste, entro 1 mese dalla richiesta	100% delle prestazioni richieste, entro 1 mese dalla richiesta
SCR005	Potenziamento Screening Oncologico Mammografico	chiusura delle schede pz affette da K mammella e provenienti dallo screening inviati al terzo livello	Numero di schede chiuse	1 Scarso <50% schede chiuse entro 1 mese dall'intervento, Riconoscimento 0%; 2 Buono Schede chiuse entro 1 mese dall'intervento fra 50-80% , Riconoscimento %; 3 ottimo schede chiuse > 80% entro 1 mese dall'intervento, Riconoscimento 100%	Numero di schede chiuse	La Uosvd effettuerà la verifica sul numero di schede chiuse e comunicherà all'UCG la % di raggiungimento	U.O.S.V.D. Screening Oncologici	3	Almeno 80% delle schede chiuse dalla data intervento	Almeno 80% delle schede chiuse dalla data intervento	Almeno 80% delle schede chiuse dalla data intervento
SCR022	Potenziamento Screening Colon Retto	Azione: refertazione da parte della Patologia Clinica del PO di Barletta del 100% dei campioni SOF ricevuti e tempestiva immissione dei dati nel SIRS. Per l'endoscopia Digestiva e la Gastroenterologia, garanzia di ore di attività medica ed infermieristica per eseguire colonoscopia su tutti i casi positivi e tutti follow-up maturati nell'anno	Prestazioni Eseguite	1)Val. Pessima < 70% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 70% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Eseguite / Prestazioni Richieste	Relazione del Resp. dell'U.O.S.V.D. Screening Oncologici e del Responsabile dello screening K colon-retto che attesti, per ciascuna U.O. coinvolta, il n. di prestazioni richieste ed il n. di prestazioni eseguite	U.O.S.V.D. Governance Rete Consultoriale E Degli Screening Oncologici	3	Erogazione di almeno il 90% delle prestazioni richieste	Erogazione di almeno il 90% delle prestazioni richieste	Erogazione di almeno il 90% delle prestazioni richieste
TEM003	Miglioramento Qualità E Appropriattezza Area Emergenza-Urgenza	Miglioramento Funzione Filtro Del Pronto Soccorso	% Ricoveri Da Pronto Soccorso In Reparti Chirurgici Con Dgr Chirurgico Alla Dimissione (Ind. Mes C16.7)	1)Val. Pessima < 45.00 Riconosc 0%; 2)Val. Scarso 45.00 - 55.00 Riconosc 0%; 3)Val. Media 55.00 - 65.00 Riconosc 75%; 4)Val. Buona 65.00 - 75.00 Riconosc 95%; 5)Val. Ottima > 75.00 Riconosc 100% ;Pronto Soccorso;	Sdo Campo Provenienza Paziente Codice "02"; Campo Tipo Di Ricovero "2"	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto	Ucg Su Database Aziendali	3	> 75%	> 75%	> 75%
TEM014	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Richiesta Relazione A U.O. Coinvolte E Successivo Invio Alla Medicina Legale Della Relazione Predisposta Dalla U.O. Entro Il Termine Di 10 Gg Complessivi Fermo Restando Quanto Previsto Dall'Art. 8 Co 3 Del Regolamento Sinistri	Richiesta Relazione E Invio Risultanze Alla Medicina Legale	1)Val. Pessima Somma Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria > 20 Gg Riconosc 0%; 2)Val. Scarso Somma Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria Compresa Fra 15 E 20 Gg Riconosc 45%; 3)Val. Sufficiente Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria Compresa Fra 11 E 15 Gg Riconosc 80%; 5)Val. Ottima Se Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria <= 10 Gg Riconosc 100%	Gg. Complessivi Richiesta Relazione E Invio Documenti / Numero Riscontri	Il Coordinatore Cvs, Sulla Scorta Del Report Predisposto Con Tutte Le Informazioni Per Rilevare Le Date Di Richiesta Ed Evazione Pratica, Calcolerà La % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo.	U.O.S.V.D. Gestione rischio clinico, Qualità e Bad Management	3	<= 10 Gg	<= 10 Gg	<= 10 Gg
VAL009	Valutazione Reti Tempo Dipendenti - Ictus	Garantire Efficienza Organizzativa Per Interventi E Procedure Riguardanti Ictus	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	1) Obiettivo Non Raggiunto >= 14% Riconoscimento 0% - 2) Obiettivo Parz. Raggiunto % compresa fra 8% e 14% Riconoscimento 65% 3) Obiettivo Raggiunto <= 8% (Ric. 100%)	N. decessi entro 30 GG / N casi trattati	Reportistica PNE N 018	Ucg Su Database Aziendali	3	< 5 %	< 5 %	< 5 %
VAL010	Valutazione Reti Tempo Dipendenti - Trauma	Garantire Efficienza Organizzativa Per Interventi E Procedure Riguardanti Trauma	Valutare I Volumi Di Attività Riguardanti Le Fratture Di Tibia E Perone	Se Degenza Media < =2 Giorni Obiettivo Raggiunto (100%); Se Degenza Media < =4 ObiettivoParz. Raggiunto (90%); Se Degenza Media < =6 ObiettivoParz. Raggiunto (60%); Se Degenza Media > 6 Obiettivo Non Raggiunto (Rico 0%)	Degenza Media Pre Operatoria Entro Range Di Riferimento Per Ricoveri Riguardanti Fratture Tibia E Perone (Diagnosi Principale: 823.OX - 823.9X)	Valutazione Ucg. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Migliorato O Meno Gli Esiti Attesi Rispetto All'Anno Precedente; Report PNE N.042	Ucg Su Database Aziendali	3	<= 2 Gg Femore ; < 5 Tibia E Perone ;	<= 2 Gg Femore ; < 5 Tibia E Perone ;	<= 2 Gg Femore ; < 5 Tibia E Perone ;

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
TEM020	Miglioramento Qualità E Appropriattezza Area Emergenza-Urgenza	Incremento Tempestività Delle Prestazioni	Ore Lavorate / Accessi annuali per tempo previsto	1) Valutazione Pessima: Peggioramento su anno precedente- Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona: Miglioramento su anno precedente inferiore o uguale al + 10% - Riconoscimento 85%; 3) Valutazione Ottima: Miglioramento su anno precedente superiore al + 10% - Riconoscimento 100%	% rapporto ore lavorate su fabbisogno anno precedente rispetto ad anno corrente	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In Edotto Accettazione Di Urgenza / Disar. La Valutazione Terrà Comunque Conto Della Eventuale Carezza Di Organico O Della Differente Organizzazione Logistica E Strutturale.	Ucg Su Database Aziendali	3	Incremento sino al 10% su anno precedente	Incremento superiore al 10% su anno precedente	Incremento superiore al 10% su anno precedente
ALT007	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Sviluppare Attività Di Promozione Alla Donazione Del Sangue Con Associazioni, Scuole, Etc.	Numero Di Incontri Documentati	1)Val. Pessima Meno Di 3 Incontri Documentati Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 3 E 6 Incontri Documentati Riconoscimento 75% 3) Oltre 6 Incontri Documentati. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Incontri Documentati	La Struttura Dovrà Trasmettere All'Ucg Relazione Indicante Le Date Degli Incontri E Documentazione Comprovante (Locandine, Verbalì Etc.)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	2	Almeno N. 7 Incontri	Almeno N. 7 Incontri	Almeno N. 7 Incontri
ALT008	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Promozione Della Cultura Della Donazione Di Sangue - Formazione Del Personale Aziendale Sull'Importanza Delle Donazioni E La Corretta Informazione Al Paziente	Numero Di Incontri Documentati	1)Val. Pessima Meno Di 6 Incontri Documentati Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 6 E 10 Incontri Documentati Riconoscimento 75% 3) Oltre 10 Incontri Documentati. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Incontri Documentati	La Struttura Dovrà Trasmettere All'Ucg Relazione Indicante Le Date Degli Incontri E Documentazione Comprovante (Locandine, Verbalì Etc.)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	2	Almeno N. 12 Incontri	Almeno N. 12 Incontri	Almeno N. 12 Incontri
MNP050	Garantire Adeguati Volumi Di Attività Per Chirurgia Oncologica - Mammella	Garantire Adeguati Volumi Di Attività O Soglie Minime Per Chirurgia Oncologica - Mammella E Relativi Tempi Di Attesa Per Classi Di Priorità	N. Ricoveri Ordinari Chirurgici Elettivi Per Tumore Mammella In Relazione Alle Classi Di Priorità	N. Ricoveri > = 135 Casi Complessivi Asl (Obiettivo Raggiunto 100%) ; < N. Ricoveri < 135 (Obiettivo Non Raggiunto).	N. Drg Chirurgici 257 - 260 Correlati Alle Diagnosi Principali Pne E Classi Di Priorità	La Verifica Sarà Effettuata Dall'Ucg Utilizzando Le Informazioni Presenti In DISAR PNE N.555/ H02Z: Tumore Mammella. La Chirurgia Senologica Di Barletta Volume Minimo 100 Casi/Anno; La Chirurgia Di Andria Volume Minimo 50 Casi/Anno. Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentato (Minimo 10%) O Meno Il Numero Dei Ricoveri Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	Ucg Su Database Aziendali	2	> = 135 Casi	> = 135 Casi	> = 135 Casi
MNP051	Garantire Adeguati Volumi Di Attività Per Chirurgia Oncologica - Colon Retto	Garantire Adeguati Volumi Di Attività O Soglie Minime Per Chirurgia Oncologica - Colon E Relativi Tempi Di Attesa Per Classi Di Priorità	N. Ricoveri Ordinari Chirurgici Elettivi Per Tumore Colon Retto In Relazione Alle Classi Di Priorità	N. Ricoveri > = 100 Casi Complessivi Asl (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 80 - 99 Casi (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 60%); < 80 Casi (Obiettivo Non Raggiunto). Obiettivo E' Su Base Aziendale	N. Drg Chirurgici 149; 569; 570 (Colon), Drg Chirurgici 146-147 (Retto) Correlati Alle Diagnosi Principali Pne E Classi Di Priorità	Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentato (Minimo 10%) O Meno Il Numero Dei Ricoveri, Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita. Valutazione effettuata utilizzando Le Informazioni Presenti In DISAR PNE N.555/ H022PNE N.083 -	Ucg Su Rendicontazione Struttura	2	> = 100 Casi	> = 100 Casi	> = 100 Casi

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)	
PER007	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione		1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	2	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PRA011	Rispetto Tempi Per La Sottoscrizione Dei Contratti Con Le Strutture Di Competenza Della Uosvd	Proposta Delibera Determinazione Fondi Unici E Recepimento Contratti Con Strutture 15 Giorni Prima Della Scadenza Del Termine Previsto Dalla Normativa Di Riferimento.	Esistenza Proposta Di Deliberazione		1)Val. Pessima Mancato Rispetto Termini Previsti 0%; 2) Val. Buona Rispetto Dei Termini Previsti Dalla Normativa Di Riferimento In Presenza Di Proposta Di Deliberazione Oltre I 15 Gg Precedenti La Scadenza Del Termine Riconoscimento 85% 3) Val. Ottima Proposta Nei 15 Giorni Precedenti La Scadenza Dei Termini Riconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Proposta Di Deliberazione	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) 'Trasmetterà' All'Ucg Un Documento In Cui Indichera' Il Codice Della Pratica E La Data Di Invio Informativo In Direzione. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllogestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	2	Adozione Della Delibera Nei Termini Previsti	Adozione Della Delibera Nei Termini Previsti	Adozione Della Delibera Nei Termini Previsti
PRA026	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Monitoraggio Delle Liste Di Attesa Per Assistenza Residenziale E Semi-Residenziale (H24, H12, Diurna, Gruppi Appartamento) Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascun Assistito Le Seguenti Informazioni: 1) Data Iniziale Di Manifestazione Del Fabbisogno; 2) Tipologia Di Assistenza Di Cui Il Paziente Necessità; 3) Data Di Effettiva Presa In Carico; 4) Stima Media Di Fabbisogno Assistenziale Mensile Per Ciascun Paziente Espressa In Ore E Relativa Ai Soli Fabbisogni Da Soddisfarsi All'Interno Delle Strutture Asl; 5) Durata Stimata In Mesi Del Fabbisogno Assistenziale;E Trasmissione Entro Il Giorno 30 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre, Il Database Senza Nominativi Dei Pazienti All'Ucg	Esistenza Del Db Per Paziente E Invio Semestrale		1)Val. Pessima Nessun Invio Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Scarsa Invio Di Almeno 1 Db . Riconoscimento 50% 3) Valutazione Ottima Invio Dei 2 Db Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 10 Gg. Riconoscimento 100%.	Verifica Avvenuto Invio Dei Db	La Struttura, trasmettera' All'Ucg entro il 15 luglio e 15 gennaio anno successivo, copia Dei Database Con Le Informazioni Richieste. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllogestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	2	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRA072	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente, le ASL per tutte le categorie di beni e servizi nonché per le soglie individuate entro il 31 dicembre di ogni anno con apposito DPCM, ricorrono a Consip SPA e agli altri Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure di acquisto. Per tutte le altre le ASL sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni quadro stipulate da Consip SPA. Cronoprogramma definito con la Direzione Strategica con realizzazione non inferiore all'80% del piano.	Predisposizione entro 60 gg dall'assegnazione degli obiettivi, d'intesa con la Direzione Strategica del cronoprogramma di attuazione. Relazione Trimestrale sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	% di Realizzazione Cronoprogramma Definito	1)Val. Pessima Realizzazione Cronoprogramma < =80% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Realizzazione Cronoprogramma > 80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero di azioni eseguite nei tempi indicati / Numero di azioni programmate entro l'anno	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmetterà All'Ucg un report controfirmato dalla Direzione Amministrativa, attestante la % di raggiungimento conseguita.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	2	> 80%	> 80%	> 80%
PRA080	Riduzione Dei Debiti Verso Fornitori	Liquidazione Delle Fatture Ricevute A Decorrere Dal 1° Gennaio Dell'Anno Corrente Nei termini fissati dai contratti stipulati con gli operatori e in assenza Entro 40 Giorni Dalla Data Di Assegnazione Della Fattura Alla Struttura.	Rispetto Dei Tempi Di Pagamento	1)Val. Pessima < 50% Delle Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Fra 50% E 70% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 20% ;3)Val. Media Fra 70% E 85% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 50% ;4)Val. Buona Fra 85% E 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 70% ;5)Val. Ottima > 95% Fatture Liquidate Nei Tempi Fissati Riconosc 100% ;;	Fatture Liquidate Nei Termini / Fatture Assegnate Nel Anno Corrente E Da Liquidare Entro I L31/12	L'Agref Predisporrà Un Report Relativo Alle Fatture Calcolando Il Tempo Medio Di Liquidazione Di Ciascuna Fattura Assegnata Dal 1/1 Al 31/12 Determinando Per Ciascuna Struttura La % Delle Fatture Che Sono State Liquidate Nei Termini .	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ.Finanziaria	2	> 95%	> 95%	> 95%
VAL005	Garantire Adeguata Copertura Vaccinale Della Popolazione	Garantire Le Necessarie Coperture Vaccinali Richieste Per La Popolazione Target	Garantire Le Necessarie Percentuali Di Coperture Vaccinali Alla Popolazione Target Sulla Base Delle Indicazioni Regionali O Nazionali, Anche In Relazione All'Andamento Della Pandemia Per Covid-19	1)Val. Pessima Mancato rispetto del target fissato dalla Regione e in assenza di quello fissato per l'anno precedente Riconosc 0%; 5)Val. Ottima rispetto del target fissato dalla Regione e in assenza di quello fissato per l'anno precedente Riconosc 100%	Migliorare O Mantenere Le Soglie Minime Ottimali Di Copertura Vaccinale Richieste Per Le Diverse Malattie	Riscontrare Dai Flussi Informativi Regionali E/O Ministeriali Gestiti Direttamente Dal Sisp Il Raggiungimento Delle Effettive Percentuali Di Copertura Conseguite , Rispetto Alla Popolazione Target. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Migliorato O Meno Gli Esiti/Outcome Attesi, Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita Ovvero In Relazione All'Andamento Dell'Epidemia Per Covid-19	U.O.S.V.D. Epidemiologia - Flussi Informativi	2	Se copertura vaccinale > 85% della popolazione target	Se copertura vaccinale > 85% della popolazione target	Se copertura vaccinale > 85% della popolazione target

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
VAL012	Contenimento Della Spesa Farmaceutica	Elaborazione E Trasmissione Alla Direzione Sanitaria E Di Presidio E Al Direttore Del Dipartimento Oncologico Di Un Report Trimestrale (Modulo Predisposto Dalla Uos Farmacovigilanza E Monitoraggio Spesa Farmaceutica) Relativo A Terapie Biologiche, Riportanti Il Dettaglio Dei Pazienti Naive, In Continuità Terapeutica O Con Avvenuto Switch O Swap Erogati Nel Mese Precedente Da Inviare Entro Il 10 Del Mese Successivo Alla Mail Monitoraggio.Spesafarmaceutica@Aslbat.it E Alla Direzione Strategica	Elaborazione Di N. 4 Report Da Parte Della Uos Farmacia Clinica E Ufa Relativi Ai Trattamenti Farmaci Biologici Erogati Nel Mese Precedente Ai Singoli Pazienti	1) Valutazione Pessima= Assenza Di N. 4 Report E Mancata Trasmissione Alla Uos Farmacovigilanza E Monitoraggio Spesa Farmaceutica E Direzione Strategica Riconosc 0%; 2) Valutazione Ottima= Presenza Di N. 4 Report E Trasmissione Alla Uos Farmacovigilanza E Monitoraggio Spesa Farmaceutica E Direzione Strategica Riconoscimento 100%	Verifica Invio Report Alla Direzione Strategica	La Struttura In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Fornira' Copia Della Mail O Indicherà Il Protocollo Di Trasmissione Della Mail Alla Direzione Strategica	Ucg Su Rendicontazione Struttura	2	Minvio Dei 4 Report Trimestrali	Minvio Dei 4 Report Trimestrali	Minvio Dei 4 Report Trimestrali
ALT002	Miglioramento Qualità Di Processo (Riduzione Del Contenzioso)	Definizione Nel Corso Dell'Anno Di Un Correttivo Per Ogni Evento Sentinella Verificatosi	Protocollo Con Cui È Stato Proposto Il Correttivo	1) Val. Pessima Numero Protocolli < N. Eventi Sentinella; Riconoscimento 0% Del Peso Previsto 2) Val. Ottima Numero Protocolli = Numero Eventi Sentinella. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Esistenza Di Un Protocollo Per Ogni Evento Sentinella	La Struttura, In Occasione Della Relazione Infrannuale E Annuale Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget Comunicherà All'Ucg Il Numero Di Eventi Sentinella Verificatisi (Ovvero Trasmessi Al Ministero) Indicando Per Ciascuno Il Protocollo Del Correttivo	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella
ALT003	Verifica Delle Segnalazioni Ricevute Dagli Utenti Rispetto Alle Varie U.O.	Adozione Di Una Procedura Che Consenta Di Monitorare Le Segnalazioni Pervenute Dagli Utenti, Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascuna Segnalazione Le Seguenti Informazioni: 1) Data Di Ricevimento Della Segnalazione; 2) Tipologia Di Segnalazione; 3) Struttura Destinataria Della Segnalazione; 4) Dati Anagrafici Del Soggetto Che Ha Presentato Segnalazione Se Non Anonimo 5) Descrizione Analitica Della Segnalazione Presentata; 6) Estremi Della Richiesta Mail Effettuata Al Responsabile Della Struttura Aziendale Interessata (Comunicazione Da Effettuarsi All'Indirizzo Mail Aziendale Del Responsabile Della U.O) 7) Estremi Della Data Di Ricevimento Delle Controdeduzioni Da Parte Della Struttura; 8) Data Di Riconfronto Al Segnalante Se Non Anonimo	Esistenza Del Registro Informativo (Excel - Access O Altri Strumenti Ritenuti Idonei) Di Registrazione Delle Segnalazioni	1) Val. Pessima Database Non Attivato O Non Trasmesso Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Database Attivato E Trasmesso. Riconoscimento 100%	Verifica Avvenuto Invio Del Db Al Controllo Di Gestione	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiettivi PRA003) Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmetterà All'Ucg Copia Dei Database Con Le Informazioni Richieste. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllogestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Del Db Al 31/7 E 15/1 Anno Successivo	Invio Del Db Al 31/7 E 15/1 Anno Successivo	Invio Del Db Al 31/7 E 15/1 Anno Successivo
ALT004	Miglioramento Dell'Aggiornamento Professionale Del Personale Dipendente	Alimentazione Di Un Sistema Informativo Finalizzato A Monitorare L'Attività Formativa Di Ciascun Dipendente A Tempo Indeterminato, Indicando L'Elenco Dei Corsi Effettuati / Autorizzati (Interni Ed Esterni) Indicando Per Ciascun Dipendente La Partecipazione Ai Suddetti Corsi.	Alimentazione Del Sistema Informativo	1) Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 3) Val. Ottima, Report Elaborato Con Tutti I Corsi Effettuati E Tutto Il Personale Partecipante Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Alimentazione Del Sistema Informativo	La Struttura Dovrà Trasmettere Alla Direzione Strategica Entro Il 31/12 Di Ciascun Anno, Una Relazione Con Indicazione Dei Corsi Effettuati E Per Ciascuno Del Numero Dei Dipendenti Che Vi Hanno Partecipato Oltre Ad Un Report Con Indicazione Per Ciascun Dipendente Del Numero Di Corsi Frequentati Nel Corso Dell'Anno.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Entro Il 31/12 Dei Report/Relazioni Alla Direzione Strategica	Invio Entro Il 31/12 Dei Report/Relazioni Alla Direzione Strategica	Invio Entro Il 31/12 Dei Report/Relazioni Alla Direzione Strategica
ALT009	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Promozione E Sensibilizzazione Sui Pericoli Connessi Alla Patologia Del Gioco	Numero Di Incontri Documentati Presso Scuole E/O Associazioni	1) Val. Pessima Meno Di 3 Incontri Documentati Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 3 E 4 Incontri Documentati Riconoscimento 75% 3) Oltre 4 Incontri Documentati. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto. L'Obiettivo Si Intenderà Raggiunto Al 100% Ove Si Dimostrerà Di Aver Coinvolto Almeno 15 Istituti Scolastici Che Non Hanno Manifestato Il Proprio Interesse.	Numero Di Incontri Documentati	La Struttura Dovrà Trasmettere All'Ucg Relazione Indicante Le Date Degli Incontri E Documentazione Compromovante (Locandine, Verbali Etc.). Ovvero Dare Atto Di Aver Coinvolto Almeno 15 Istituti Scolastici.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	N. Incontri >5	N. Incontri >5	N. Incontri >5

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
ALTO10	Implementazione Strumenti Sorveglianza Epidemiologica (Registro Casistica Registro Tumori E Registro Malformazioni Congenite)	Aggiornamento Casistica Registro Tumori Secondo Programmazione Cts (Si/No)	Aggiornamenti A Casi Incidenti Aggiornato All'Anno Successivo A Quanto Previsto Negli Obiettivi Di Budget Anno Precedente	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Report Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Alimentazione Del Sistema Informativo	La Struttura Dovrà Produrre Un Documento Dal Quale Si Possa Evincere La Corretta Alimentazione Del Registro In Questione (Es. Stampa Record Inseriti) Attestando Che Le Informazioni Inserite Siano Complete Rispettato Al Numero Dei Casi Incidenti.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Predisposizione Report
ALTO11	Implementazione Strumenti Sorveglianza Epidemiologica (Registro Casistica Registro Tumori E Registro Malformazioni Congenite)	Produzione Di Un Report Sulla Natalità Aggiornato All'Anno Successivo A Quanto Previsto Negli Obiettivi Di Budget Anno Precedente	Trasmissione Del Documento Alla Direzione Strategica	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Report Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Del Documento	La Struttura Dovrà Trasmettere All'Ucg Il Report TrasMESSO Alla Direzione Strategica	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Predisposizione Report
ALTO12	Implementazione Strumenti Sorveglianza Epidemiologica (Registro Casistica Registro Tumori E Registro Malformazioni Congenite)	Aggiornamento Casistica Registro Mortalità Programmazione Cts (Si/No)	Aggiornamenti A Casi Incidenti Anno Successivo A Quanto Previsto Negli Obiettivi Di Budget Anno Precedente	1)Val. Pessima Report Non Alimentato Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Report Alimentato Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Alimentazione Del Sistema Informativo	La Struttura Dovrà Produrre Un Documento Dal Quale Si Possa Evincere La Corretta Alimentazione Del Registro In Questione (Es. Stampa Record Inseriti) Attestando Che Le Informazioni Inserite Siano Complete Rispettato Al Numero Dei Casi Incidenti.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Predisposizione Report
ALTO13	Relazione Stato Di Salute Della Popolazione Asl	Predisporre E Trasmettere Alla Direzione Strategica Una Relazione Sullo Stato Di Salute Della Popolazione Che Attraverso Appropriati Indicatori Statistico-Epidemiologici Descriva Il Profilo Di Salute Della Popolazione In Termini Di Morbilità Ed Ospedalizzazione, Con Una Contestualizzazione Demografica, Considerando Anche Gli Indicatori Statistici Ed Epidemiologici Del Mes.	Implementare Il Report Annuale Sullo Stato Di Salute Degli Assistiti Asl Bt Che Tenga Conto Anche Degli Indicatori Mes	1)Val. Pessima Assenza Di Relazione Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Invio Relazione Con Tutte Le Informazioni Previste Riconoscimento 100%;	Riscontro Della Trasmissione Del Report Annuale Implementato Alla Direzione Strategica (Si/No)	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Predisposizione Report	Predisposizione Report	Predisposizione Report
ALTO14	Potenziamento Screening	Monitoraggio Quadrimestrale Screening	Relazione da trasmettere Alla Direzione Strategica entro la fine di ciascun quadrimestre, sullo Stato Di Avanzamento Delle Attività Di Screening, Con Indicazione Per Ciascuna Unita' Operativa Coinvolta Del Numero Di Prestazioni Richieste Dall'Inizio Dell'Anno E Numero Di Prestazioni Eseguite	1)Val. Pessima. Invi inferiori a quanto previsto al successivo punto 2 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona. Invio Delle 3 Relazioni con un ritardo non superiore a 60 gg Riconoscimento 85% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Invio Delle 3 Relazioni con un ritardo non superiore a 30 gg. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Esistenza Relazione	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Delle Tre Relazioni Annuali	Invio Delle Tre Relazioni Annuali	Invio Delle Tre Relazioni Annuali
ALTO15	Mortalità Intraospedaliera Per Patologie Oncologiche	Attraverso I Dati Informativi Dell'Area Gestione Ricoveri Di Edotto Gestionale Valutare Incidenza/Prevalenza Della Mortalità Intraospedaliera Per Patologie Oncologiche	Trasmettere Report Annuale Sulla Mortalità Intraospedaliera Dei Pazienti Ricoverati E Degli Assistiti Asl Bt (Classi Di Et�, Genere, Residenza) Dall'Analisi Delle Sdo Correlate Alle Patologie Oncologiche (Diagnosi Classi Id9-Cm 140-239), Tenuto Conto Anche Degli Indicatori Mes.	Report Annuale TrasMESSO (Obiettivo Raggiunto; 100%); Nessun Report TrasMESSO (Obiettivo Non Raggiunto; 0%).	Riscontro Della Trasmissione Del Report Annuale Con Indicatori Mes Alla Direzione Strategica (Si/No)	Riscontro Della Trasmissione (Mail, Protocollo, Ecc.) O Meno Della Documentazione/Report/Atti/Relazione Ecc. Ai Soggetti/Uffici Interessati, Tenuto Conto Del Relativo Livello Qualitativo Di Adeguatezza/Coerenza Della Documentazione Predisposta Rispetto All'Azione Operativa Da Svolgere (0 - 10%) Espresso Dalla Direzione.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Del Report	Invio Del Report	Invio Del Report

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
ALTO16	Implementazione Attività Per Screening Oncologici	Definizione E Trasmissione Alla Direzione Strategica Entro 45 Gg Dall'Assegnazione Degli Obiettivi, Di Un Piano Finalizzato A Determinare Il Numero Di Inviti Da Inoltrare Tenuto Conto Della % Di Adesione Registrata Nell'Anno 2022 E Del Numero Di Prestazioni Che Le Strutture Aziendali Sono In Grado Di Effettuare. Il Piano Dovrà Indicare Lo Scostamento Fra Target Previsto (Inviti Su Popolazione Target) E Inviti Inoltrabili Tenuto Conto Della Capacità Produttiva Delle Strutture.	Invio Piano	1)Val. Pessima. Invii inferiori a quanto previsto al successivo punto 2 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona. Invio Del piano con un ritardo non superiore a 30 gg. Riconoscimento 85% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima Invio Del piano nei termini indicati. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Verifica invio piano	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuto Invio Di Quanto Richiesto (Fornire Copia Mail - Pec - Indicare Protocollo Ecc.)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Del 100% Degli Inviti Da Trasmettere	Invio Del 100% Degli Inviti Da Trasmettere	Invio Del 100% Degli Inviti Da Trasmettere
ALTO17	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vincolante	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Formazione Anche A Distanza, Del Personale Dipendente In Materia Di Prevenzione Della Corruzione E Trasparenza Nel Rispetto Delle % Di Seguito Indicate Anno 2023 40% Di Tutto Il Personale - Anno 2024 Avvio formazione personale in servizio al 31/12/2022 - Anno 2025 formazione del personale nella misura del 30% .Nota Dg 3145/2023	Personale Invitato Ai Corsi	1)Val. Pessima Unità Formate < Del 30% Delle Unità ' Da Formare Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Unità Formate Fra Il 30% E Il 50% Delle Unità ' Da Formare Riconosc 30%; 3)Val. Sufficiente Unità Formate Fra Il 50% E Il 70% Delle Unità ' Da Formare Riconosc 50%; 4)Val. Buona Fra Il 70% E Il 99 % Delle Unità ' Da Formare Riconosc Pari A % Formata; 5)Val. Ottima > Del 99 % Delle Unità ' Da Formare Riconosc Pari Al 100 %;	Personale Invitato Ai Corsi / Personale Dipendente In Servizio Al 31/12 Anno Prec	Per Attestate Il Raggiungimento Dell'Obiettivo, La Struttura Dovrà Fornire Su File Excel L'Elenco Nominativo Del Personale Invitato Alla Partecipazione Ai Corsi Indicando Per Ciascun Dipendente L'Effettiva Partecipazione E La Data Della Sessione Formativa	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Completamento processo formativo e avvio formazione personale in servizio al 31/12/2022	Completamento processo formativo e avvio formazione personale in servizio al 31/12/2022	Completamento processo formativo e avvio formazione personale in servizio al 31/12/2022
ALTO18	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Monitoraggio Tempi Di Completamento Delle Fasi Endoprocedimentali Alla Definizione Di Ciascun Caso, Avendo Cura Di Alimentare Un Database Che Registri Tutti Gli Step Dalla Data Di Ricezione Del Protocollo Con La Richiesta Di Risarcimento Alla Data Di Invio Alla Direzione Del Verbale Di Chiusura Del Cvs	Alimentazione Del Database	1)Val. Pessima Mancato Invio Del Db Riconosc 0% ; 5)Val. Ottima Invio Del Db Entro 15 Gg Dalla Chiusura Dell'Anno Di Riferimento. Riconosc 100%	Verifica Corretta Alimentazione Db	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmetterà' All'Ucg Copia Del Database Alimentato Con Le Informazioni Richieste. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo@gestione@aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Compilazione Db E Invio Nei Termini Indicati	Compilazione Db E Invio Nei Termini Indicati	Compilazione Db E Invio Nei Termini Indicati
ALTO19	Ospedale-Territorio Senza Dolore	Incontri Di Formazione Con Medici Ed Infermieri	Programmazione Degli Incontri Formativi	Almeno Tre Incontri All'Anno	100% Se Effettuati Almeno 3 Incontri; 0% Se < 3 Incontri	Verbali E Programma Degli Incontri	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Almeno 3 Incontri Annu	Almeno 3 Incontri Annu	Almeno 3 Incontri Annu
ALTO20	Donazione Tessuti	Effettuare Un Colloquio Per Ottenimento Non Opposizione Per Ogni Decesso Di Potenziale Donatore Idoneo	Numero Di Schede Sspd Di Idonei	>65% Riconoscimento 100%; <65% Riconoscimento 0	Numero Di Schede Svcp / Numero Di Schede Sspd Di Idonei	La U.O. Attesterà Il Numero Di Schede Svcp Rispetto Al Numero Di Schede Sspd Di Idonei	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	> 80%	> 80%	> 80%
ALTO21	Donazione Tessuti	Realizzazione Di Un Evento Formativo Destinato Al Personale Dei Presidi Ospedalieri Dell'Azienda	Effettuazione Corso	Evento Organizzato 100%	Si/No	La U.O. Consegnerà All'Ucg Attestazione Della Uosvd Formazione Attestante L'Avvenuto Corso	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Organizzazione Di Evento	Organizzazione Di Evento	Organizzazione Di Evento
ALTO22	Donazione Tessuti	Predisposizione Di Piano Annuale Di Individuazione Dei Soggetti Preposti Alla Partecipazione All'Attività Di Procurement	Invio Comunicazione	Piano Formativo 100%	Si/No	La U.O. Formalizzerà Una Comunicazione Per Ciascun Presidio Indirizzata Ai Referenti Individuati Ed Ai Responsabili Di U.O.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Comunicazione e A Tutti I Soggetti Interessati	Invio Comunicazione e A Tutti I Soggetti Interessati	Invio Comunicazione e A Tutti I Soggetti Interessati

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
ALTO25	Efficienza Operativa Asl	Valutazione Bottom Up Da Parte Del Personale Nei Confronti Del Responsabile Dell'Unita' Operativa E Del Coordinatore Delle Professioni Sanitarie.	Predisposizione E Somministrazione Entro 60 Giorni Dall'Assegnazione Degli Obiettivi Di Budget, Di Un Format Per La Valutazione , E Monitoraggio Avvenuta Compilazione con segnalazione mensile delle inadempienze.	1)Val. Pessima. Processo Non Avviato Riconosc 0% ; 2) Valutazione Buona. Somministrazione Delle Schede Di Valutazione 70% 3) Val. Ottima Somministrazione Delle Schede Di Valutazione E Invio Ai Responsabili Delle Strutture Di Almeno tre Solleciti A Distanza Di 60 Giorni Con Elenco Dei Nominativi Che Hanno Compilato La Valutazione 100%)	Verifica Avvenuta Somministrazione E Sollecito	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmettera' All'Ucg Copia Dei Documenti Dai Quali Rilevare Il Raggiungimento Dell'obiettivo. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllogestione@Aslbat.It (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Predisposizione e Del Format E Monitoraggio Con Sollecito Unita' Operative	Predisposizione e Del Format E Monitoraggio Con Sollecito Unita' Operative	Predisposizione e Del Format E Monitoraggio Con Sollecito Unita' Operative
ALTO26	Miglioramento Qualità Di Processo (Riduzione Del Contenzioso)	Aggiornamento E Trasmissione Alle U.O. Interessate, Entro 30 Gg. Dalla Sottoscrizione Della Scheda Di Budget, Della Matrice Contenente L'Elenco Delle Procedure, Raccomandazioni, Linee Guida Affendenti Al Risk Management, Su Fac-Simile già definito nel 2022.	Mail Di Trasmissione Della Matrice Alle U.O. Interessate	1)Val. Pessima Mail Con Matrice Non Trasmessa Alle U.O. Riconoscimento 0%; 2) Val. Ottima, Mail Con Matrice Trasmessa Alle U.O. Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Verifica Trasmissione Mail	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmettera' All'Ucg Copia Della Mail Di Trasmissione Della Matrice Alle U.O. Interessate.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio nei temrini alle U.O. delle procedure / raccomandazioni afferenti	Invio nei temrini alle U.O. delle procedure / raccomandazioni afferenti	Invio nei temrini alle U.O. delle procedure / raccomandazioni afferenti
ALTO27	Miglioramento Qualità Di Processo (Riduzione Del Contenzioso)	Effettuazione In Corso D'Anno Di un Verbale per ciascuna U.O. individuata nella matrice di cui all'obiettivo ALTO26, con evidenza del rispetto di tutte le procedure afferenti.	Numero Di Audit Verbalizzati / Numero di U.O. presenti nella matrice obiettivo W07	1)Val. Pessima < 25 Audit. Riconoscimento 0%; 2) Val. Media Fra 25 E 50 Audit. Riconoscimento Proporzionale 3) Val. Ottima > 50 Audit Riconoscimento 100%;	Audit Verbalizzato	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmettera' All'Ucg Copia Della Matrice Obiettivo W08 Indicando Per Ciascuna U.O E Ciascuna Procedura La Data Di Effettuazione Dell'Audit Sul File Concordato Con Ucg Obiettivo W07	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Almeno Un verbale per ciascuna U.O	Almeno Un verbale per ciascuna U.O	Almeno Un verbale per ciascuna U.O
ECO001	Monitoraggio Lavoro Straordinario e prestazioni aggiuntive	Elaborazione Di Una Reportistica Trimestrale Da Trasmettere Via Mail Alla Direzione Strategica Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Tenuto Conto Delle ore effettivamente timbrate per straordinario e prestazioni aggiuntive con un confronto per lo straordinario con le ore di budget assegnate alle singole U.O.	Invio Reportistica Alla Direzione Strategica	1)Val. Pessima Meno Di 3 Report Inviati Riconoscimento 0% ; 2) Val. Buona Almeno 3 Report Inviati con un ritardo complessivo non superiore a 60 gg. Riconoscimento 80% 3) Val. Ottima 4 Report Inviati con un ritardo complessivo non superiore a 30 gg. Riconosc 100%;	Verifica Invio Mail Con Allegata Reportistica	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmettera' All'Ucg Copia Delle Mail Inviata Alla Direzione Strategica. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllogestione@Aslbat.It (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Dei 4 Report Trimestrali	Invio Dei 4 Report Trimestrali	Invio Dei 4 Report Trimestrali

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
ECO004	Monitoraggio Spesa Del Personale E Rispetto Vincoli Di Spesa	Elaborazione Di N.2 Relazioni Attestanti La Spesa Del Personale Ai Fini Della Verifica Del Rispetto Dei Vincoli Finanziari Per Il T.I E T.D. Le Relazioni Dovranno Essere Inviata In Direzione Entro Il 20 Luglio Ed Entro Il 10 Gennaio Dell'Anno Successivo.	Invio Relazioni	1)Val. Pessima Assenza Di Relazione. Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona Invio Di Almeno 1 Relazione. Riconoscimento 60% 3) Val. Ottima Invio Delle 2 Relazioni Riconoscimento 100%;	Verifica Esistenza Relazione	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ). Trasmetterà All'Ucg Copia Delle Mail Inviata Alla Direzione Strategica. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo Digestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura		Invio Delle 2 Relazioni Annuali	Invio Delle 2 Relazioni Annuali	Invio Delle 2 Relazioni Annuali
ECO005	Riduzione Costo Conferimento Incarichi	Contenimento Del Ricorso Ad Incarichi Esterni. Contenimento Della Spesa Per La Costituzione Di Nuovi Giudizi.	Numero Incarichi Esterni/Numero Costituzioni Totali (Al Netto Di Magistrature Superiori, Ipotesi Di Incompatibilità)	1)Val. Pessima % Anno N > % Anno N-3 (+10%) Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona % Anno N <= % Anno N-3 (+10%) . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto. L'Obiettivo Risulterà Comunque Raggiunto Se Il Numero Di Incarichi Gestiti All'Interno Dell'Azienda È Superiore O Uguale All'Anno Precedente.	Numero Incarichi Esterni/Numero Costituzioni Totali (Al Netto Di Magistrature Superiori, Ipotesi Di Incompatibilità)	La Struttura Elaborerà E Trasmetterà All'Ucg Un Report Contenente Tutti I Giudizi Attivati Nel Corso Dell'Anno Corrente Con Indicazione Della Tipologia (Es. Appalti - Malpractice - Randagismo Etc.) Indicando Per Ciascuno Una Delle Seguenti Opzioni (1) Affidato Esterno, 2) Affidato Esterno Magistrature Superiori, Ipotesi Di Incompatibilità, 3) Costituzione Diretta; Al Fine Della Verifica Del Risultato La Struttura Elaborerà Un Report Analogo Per L'Anno Precedente.	Ucg Su Rendicontazione Struttura		% Incarichi Esterni <= Anno Precedente	% Incarichi Esterni <= Anno Precedente	% Incarichi Esterni <= Anno Precedente
FAR007	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Organizzazione E Realizzazione Di Incontri con il supporto della UOSDV Formazione, Con La Dirigenza Medica Aziendale Sul Corretto Uso Del Farmaco In Presenza O In Fad	Organizzazione Di Incontri / Audit Ecm	1) Val. Pessima Nessun Incontro 2) Valutazione Ottima 2 Incontri In Corso D'Anno Riconosc 100%	Organizzazione Di Incontri / Audit No Ecm	La Struttura In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Dovrà Fornire Prova Dell'Avvenuta richiesta alla UOSVD Formazione per l'organizzazione dei Corsi/Incontri	Ucg Su Rendicontazione Struttura		N. 3 incontri in corso d'anno	N. 3 incontri in corso d'anno	N. 3 incontri in corso d'anno
FAR008	Contenimento Della Spesa Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Monitoraggio Dell'Utilizzo Dei Farmaci Biosimilari / Alto Costo E Monitoraggio Degli Specialisti Prescrittori	Elaborazione Di Report Trimestrale Con Indicazione Dei Medici Prescrittori Ed Una Valutazione Per Ciascuno Del Comportamento Prescrittivo.	1) Val. Pessima Assenza Di Nr. 4 Report Relativo Ai Prescrittori E Mancata Trasmissione Alla Dir. Sanitaria Riconoscimento 2) Val. Ottima Presenza Di Nr. 4 Report Relativo Ai Prescrittori E Trasmissione Alla Dir. Strategica Riconosc 100%	Numero 4 Report Specialisti Prescrittori Individuati Con Relative Note Di Trasmissione Alla Dir. Strategica E Ai Responsabili Delle Macrostrutture Di Afferenza	L'Area Farmaceutica Trasmetterà All'Ucg Copia Di Nota Di Trasmissione Della Dir. Strategica	Ucg Su Rendicontazione Struttura		Elaborazione E Invio Alla Direzione Strategica Dei 4 Report	Elaborazione E Invio Alla Direzione Strategica Dei 4 Report	Elaborazione E Invio Alla Direzione Strategica Dei 4 Report
FAR009	Monitoraggio Della Spesa Farmaceutica Convenzionata	Report Trimestrali Spesa Farmaceutica Convenzionata A Mmg-Pls Per Il Tramite Dei Direttori Distretti Socio Sanitari	Elaborazione Di N. 4 Report Trimestrali Relativi Alla Spesa Farmaceutica Convenzionata Aziendale E Per Ogni Distretti Socio Sanitari	1) Valutazione Pessima= Assenza Di N. 4 Report E Mancata Trasmissione Alla Direzione Generale E Alle Direzioni Di Distretto; 2) Valutazione Ottima= Presenza Di N.4 Report E Trasmissione Alla Direzione Generale E Alle Direzioni Socio Sanitarie	N. 4 Report Spesa Farmaceutica Convenzionata Individuati Con Relative Note Di Trasmissione Alla Direzione Generale E Alle Direzioni Dei Distretti Socio Sanitari	L'Area Farmaceutica Trasmetterà All'Ucg Copia Di Nota Di Trasmissione Alla Direzione Generale E Ai Distretti Socio Sanitari Dei 4 Report Trimestrali	Ucg Su Rendicontazione Struttura		Predisposizione Dei 4 Report	Predisposizione Dei 4 Report	Predisposizione Dei 4 Report
NOR004	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vincolante	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Nota Dg 3145/2023 e succ m.i. . Controlli Su Disciplina Conflitto Interessi E Controlli Specifici Richiesti Dall'Rpct.	Numero Controlli Effettuati	1)Val. Pessima % Attestata Dall'Rpct < Del 30% Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa % Attestata Dall'Rpct Fra Il 30% E Il 50% Riconosc. 30%; 3)Val. Sufficiente % Attestata Dall'Rpct Fra Il 50% E Il 70% Riconosc. 50%; 4)Val. Buona % Attestata Dall'Rpct Fra Il 70% E Il 99 % Riconosc. Pari A % Riconosciuta; 5)Val. Ottima % Attestata Dall'Rpct >= 100% Riconosc 100 %;	Numero Di Controlli Effettuati / Numero Controlli Da Effettuare	L'Rpct Aziendali Attesterà A Fine Anno La % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo Sulla Scorta Dei Controlli Effettivamente Richiesti Ed Effettuati	U.O.S.V.D. Burocratico - Legale		100% Dei Controlli Richiesti	100% Dei Controlli Richiesti	100% Dei Controlli Richiesti

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PER001	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0010	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0011	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0012	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0013	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0014	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0015	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PER0016	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali		Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0017	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali		Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0018	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali		Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0019	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali		Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0020	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali		Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER0021	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali		Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER003	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali		Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PER004	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER005	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER006	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PER009	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo Oggetto di specifica competenza come individuati e richiesti dall Controllo di gestione.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg. Dal corrente anno la verifica potrebbe essere effettuata sul nuovo sistema informativo in corso di implementazione	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Dei Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PRA001	Monitoraggio Competenze Medici Convenzionati	Predisposizione Di Un Verbale Semestrale per ciascun Distretto, attestante l'avvenuto controllo sull'inserimento da parte degli operatori delle competenze accessorie (Es. Gettoni - Adi Ecc) pagate ai convenzionati (MMG - PLS - GM - SPEC.AMB. ecc.). Il verbale dovrà indicare il nominativo del medico oggetto di controllo, le voci stipendiali verificate, la correttezza del pagamento effettuato e la relativa corrispondenza con la documentazione cartacea di supporto. Nel corso delle 2 ispezioni annuali, dovranno essere controllati tutti i professionisti (Es. Verificare Il 50 % Dei Medici in ciascun semestre). I 5 Verbali semestrali, dovranno essere trasmessi via mail al controllo di gestione rispettivamente Entro Il 30/6 E 31/12. In presenza di criticità invio tempestivo di relazione alla Direzione Amministrativa Aziendale per gli adempimenti conseguenti.	Verbale Attestante Gli Esiti Delle Verifiche Effettuate	1)Val. Pessima Mancato Invio Dei Verbali o invio di verbali in numero inferiore a quanto indicato ai successivi punti. Riconoscimento 0%; 2) Val. Media Invio Nei Termini Previsti Di Almeno Il 3 verbali per semestre. Riconoscimento 60%; 3) Val. Buona Invio Dei 5 verbali semestrali con un ritardo complessivo non superiore a 30 gg Riconoscimento 85%; 4) Val. Ottima Invio dei 5 verbali semestrali Entro I Termini Previsti Riconoscimento 100%;	Invio Tramite Mail Al Controllo Di Gestione Dei 10 Verbali Con Indicazioni Delle Risultanze Dei Controlli Effettuati.	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmettera' All'Ucg Copia Delle Mail di trasmissione dei Verbali Predisposti. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllodigestione@Aslbat.It (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Dei 5 Verbali per ciascun semestre	Invio Dei 5 Verbali per ciascun semestre	Invio Dei 5 Verbali per ciascun semestre

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRA007	Tempestività Nel Reclutamento	Monitoraggio Costante Tempi Di Esecuzione Delle Singole Fasi Procedurali	Elaborazione E Trasmissione Alla Direzione Strategica, Entro La Fine Di Ciascun Quadrimestre, Di Un Report Che Definisca Per Ciascuna Procedura Concorsuale / Avviso Pubblico Non Ancora Completata (Priva Di Delibera Di Approvazione Graduatoria), E Con Riferimento A Ciascuna Singola Fase (Es. Adozione Delibera, Pubblicazione Burp, Pubblicazione G.U., Delibera Ammissione Candidati Etc.) Le Date Di Completamento Delle Singole Attività Unitamente Alla Verifica Del Rispetto Con I Tempi Stabiliti Nell'Obiettivo S.1A2;	1)Val. Pessima Rilevazione Non Effettuata O Inferiore A Quanto Previsto Al Successivo Punto 2 Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Buona Invio Invio Di Almeno 2 Report Quadrimestrali Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 30 Giorni O Inferiore A Quanto Previsto Al Successivo Punto 3. Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima Invio Di Tutti Di Db Richiesti Con Un Ritardo Complessivo Per I 3 Invi Non Superiore A 30 Giorni. Riconoscimento 100%	Verifica Avvenuta Trasmissione Quadrimestrale Alla Direzione Strategica Del Report Richiesto.	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmetterà All'Ucg Copia Delle Mail Inviolate Alla Direzione Strategica. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo Digestione@Aslbat.It (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Dei 3 Report Quadrimestrali	Invio Dei 3 Report Quadrimestrali	Invio Dei 3 Report Quadrimestrali
PRA008	Tempestività Nel Reclutamento	Verifica Sul Rispetto Dei Tempi Programmati Per La Conclusione Del Procedimento Amministrativo Riguardante Una Procedura Concorsuale (T.I. / T.D. / Altre Tipologie) Nel Rispetto Delle Seguenti Tempistiche. Invio Al Burp Entro 9 Gg Dalla Data Di Adozione Bando. Invio In Gazzetta Ufficiale Entro 13 Giorni Da Data Pubb. Burp. Approvazione Delibera Di Ammissione Entro (10 Giorni Dalla Scadenza Dei Termini Sino A 500 Candidati; 20 Giorni Dalla Scadenza Dei Termini Da 501 A 1000 Candidati; 30 Giorni Dalla Scadenza Dei Termini Da 501 A 1000 Candidati; 50 Giorni Dalla Scadenza Dei Termini Oltre 1000 Candidati;	Verifica Giorni Di Esecuzione Delle Procedure	1)Val. Pessima Meno Del 60% Delle Procedure Concluse Nei Tempi Stabiliti Riconosc. 0% 2) Val. Buona Dal 60 Al 80% Delle Procedure Concluse Nei Termini Stabiliti Riconosc. 65% 3) Val. Ottima Dall'80% Delle Procedure Concluse Nei Termini Stabiliti. Riconosc. 100%	Procedure Che Rispettano I Termini / Procedure Totali Effettuate Nell'Anno	La Verifica Avverrà Utilizzando Il Report Di Monitoraggio Previsto Dall'Obiettivo S.1A Dei Tempi Di Esecuzione Delle Fasi Endoprocementali Dove Sarà Indicato Il Numero Di Giorni Effettivamente Previsti Per Procedura Previsti Dal Presente Obiettivo (Con Riferimento Alle Sole Attività Di Competenza Dell'Ufficio) Ed Il Numero Di Giorni Impiegati.	Ucg Su Database Aziendali	1	Almeno L'85% Delle Procedure Concluse Nei Termini	Almeno L'85% Delle Procedure Concluse Nei Termini	Almeno L'85% Delle Procedure Concluse Nei Termini
PRA009	Tempestività Nel Reclutamento	Programmazione Delle Procedure Di Reclutamento Tenuto Conto Dei Posti Vacanti E Del Piano Delle Cessazioni Programmate, con relativa proposta di cronoprogramma.	Elaborazione Entro 30 gg dall'adozione del PTFP (Allegato al PIAO), Del Piano Assunzionale Che Individui Per Ciascun Profilo E/O Disciplina I Posti Da Coprire e il relativo cronoprogramma.	1)Val. Pessima Piano Non Elaborato O Elaborato Oltre I Termini Fissati Al Successivo Punto 2 Riconoscimento 0% ; 2) Val. Media Elaborazione Del Piano Entro 15 Giorni Dalla Scadenza Individuata Riconoscimento 70%; 3) Val. Ottima Elaborazione Del Piano Entro I Termini Indicati Riconoscimento 100%;	Verifica Avvenuta Trasmissione Alla Direzione Strategica Del Piano Assunzionale.	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmetterà All'Ucg Copia Delle Mail Inviolate Alla Direzione Strategica. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo Digestione@Aslbat.It (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Elaborazione Del Documento Entro I Termini Fissati	Elaborazione Del Documento Entro I Termini Fissati	Elaborazione Del Documento Entro I Termini Fissati
PRA010	Effettuazione delle Procedure di Arruolamento del Personale secondo cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica	Rispetto di almeno l'80% delle procedure programmate e validate dalla Direzione Strategica	Procedure espletate / Procedure inviaduate da cronoprogramma	1)Val. Pessima Realizzazione Cronoprogramma < =80% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima Realizzazione Cronoprogramma > 80% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Procedure Realizzate / Procedure previste nel cronoprogramma	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmetterà All'Ucg un report controfirmato dalla Direzione Amministrativa, attestante la % di raggiungimento conseguita.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	> 80%	> 80%	> 80%

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRA013	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento	Riduzione Dei Tempi Di Registrazione Delle Fatture	Registrazione Delle Fatture Entro 7 Giorni Dal Ricevimento	1)Val. Pessima < 70% Fatture registrate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Media Fra 70% E 95% Fatture registrate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 8,5 Giorni Riconosc % ;3)Val. Ottima > 95% Fatture registrate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 7,5 Giorni Riconosc 100% ;;	Numero Fatture Registrate Nei Tempi / Numero Fatture Pervenute	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) 'Trasmetterà' All'Ucg Un Report Contenente Le Singole Fatture Con Data Di Arrivo E Data Di Registrazione. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllogestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	> 95%	> 95%	> 95%
PRA014	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento Delle Fatture	Pagamento Delle Fatture Entro 7 Giorni Dal Ricevimento Dell'Atto Di Liquidazione E Comunque Entro I Termini Di Legge	1)Val. Pessima < 70% Fatture pagate Nei Tempi Fissati Riconosc 0% ;2)Val. Media Fra 70% E 95% Fatture pagate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 8,5 Giorni Riconosc % ;3)Val. Ottima > 95% Fatture pagate Nei Tempi Fissati, Purchè Media Complessiva Non Superiore A 7,5 Giorni Riconosc 100% ;;	Numero Fatture pagate nei tempi / Numero Fatture Liquidate Nell'Anno	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) 'Trasmetterà' All'Ucg Un Report Contenente Le Singole Fatture Con Data Di Liquidazione E Data Di Emissione Mandato. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllogestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	> 90%	> 90%	> 90%
PRA015	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento	Monitoraggio Trimestrale Sulle Fatture Non Liquidate	Trasmissione Entro Il Giorno 15 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Di Un Report A Ciascun Centro Di Liquidazione, Contenenete Fatture Non Liquidate Con Separata Evidenza Delle Fatture Bloccate.	1)Val. Pessima Nessun Report Inviato Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Inviati Almeno 2 Report Riconosc 30% ;3)Val. Media Inviati Almeno 3 Report Riconosc 60% ;4)Val. Buona Inviati Tutti E 4 I Report Con Un Ritardo Annuo Nelle Trasmissioni Non Superiore A 30 Giorni Riconosc 85% ;5)Val. Ottima Inviati Tutti E 4 I Report Con Un Ritardo Annuo Nelle Trasmissioni Complessivamente Non Superiore A 20 Giorni Riconosc 100% ;;	Invio Reportistica Ai Centri Liquidatori	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) 'Trasmetterà' All'Ucg Copia Delle Mail Inviata Ai Centri Liquidatori Nei Termini Fissati. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllogestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Dei Report Previsti Con Ritardo Annuale Complessivo Nun Superiore A 20 Gg.	Invio Dei Report Previsti Con Ritardo Annuale Complessivo Nun Superiore A 20 Gg.	Invio Dei Report Previsti Con Ritardo Annuale Complessivo Nun Superiore A 20 Gg.
PRA022	Monitorare Il Controllo Sanitario Del Personale Dipendente	Tempestiva Alimentazione Di Un Sistema Informativo Finalizzato A Monitorare Le attività nei confronti del personale dipendente sottoposto a sorveglianza (Visite con data e validità, Inidoneità ecc.). Invio quadrimestrale del DB all'Area Personale.	Invio Reportistica	1)Val. Pessima Report Non Inviato Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona, invio dei 4 report con un ritardo complessivo non superiore a 60 giorni, Riconoscimento 75%; 3) Val. Ottima invio dei 3 report con un ritardo complessivo non superiore a 30 giorni, Riconoscimento 100%	Alimentazione Del Sistema Informativo	La Struttura Dovrà Fornire Ai Fini Della Verifica Del Raggiungimento Del Budget, prova dell'avvenuto invio della reportistica all'area del personale.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Personale	1	Trasmission Database Dipendenti / Visite	Trasmission Database Dipendenti / Visite	Trasmission Database Dipendenti / Visite

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRA024	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Monitoraggio Fabbisogno Assistenziale Attraverso Una Rilevazione Che Consenta Di Monitorare I Fabbisogni Assistenziali Dei Pazienti Afferenti Alla Struttura	Adozione Di Una Procedura Che Consenta Di Monitorare I Fabbisogni Assistenziali Dei Pazienti Afferenti Alla Struttura, Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascun Assistito Le Seguenti Informazioni: 1) Data Iniziale Di Manifestazione Del Fabbisogno; 2) Tipologia Di Assistenza Di Cui Il Paziente Necessita; 3) Data Di Effettiva Presa In Carico; 4) Stima Media Di Fabbisogno Assistenziale Mensile Per Ciascun Paziente Espressa In Ore E Relativa Ai Soli Fabbisogni Da Soddisfarsi All'Interno Delle Strutture Asl; 5) Durata Stimata In Mesi Del Fabbisogno Assistenziale;	1)Val. Pessima Rilevazione Non Effettuata O Incompleta Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Buona Invio Invio Del Db Aggiornato Al 31/12/Anno Precedente Entro I Termini Previsti O Con Un Ritardo Non Superiore A 30 Giorni Ed Invio Entro Il 31/01/Anno Successivo Del Db Aggiornato Al 31/12/Anno Corrente. Riconoscimento 70% 3) Val. Ottima Invio Di Tutti Di Db Richiesti Con Un Ritardo Complessivo Per I 2 Invi Non Superiore A 15 Giorni. Riconoscimento 100%	Esistenza Reportistica Da Predisporre Ed Envio Entro Il 31/7/Anno Corrente Della Reportistica Compilata Con Le Informazioni Relative Ai Pazienti Già In Cura O Che Hanno Manifestato Un Fabbisogno Assistenziale Al 31/12/Anno Precedente. Invio Al 15/01/Anno Successivo Del Report Aggiornato Con Le Informazioni Aggiornate Al Trimestre Precedente.	La Struttura Dovrà Trasmettere I Report Indicati.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Dei 2 Report Previsti	Invio Dei 2 Report Previsti	Invio Dei 2 Report Previsti
PRA025	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Monitoraggio Del Fabbisogno Assistenziale Dei Pazienti Afferenti Alla Struttura Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascun Assistito Le Seguenti Informazioni: 1) Data Iniziale Di Manifestazione Del Fabbisogno; 2) Tipologia Di Assistenza Di Cui Il Paziente Necessita; 3) Data Di Effettiva Presa In Carico; 4) Stima Media Di Fabbisogno Assistenziale Mensile Per Ciascun Paziente Espressa In Ore E Relativa Ai Soli Fabbisogni Da Soddisfarsi All'Interno Delle Strutture Asl; 5) Durata Stimata In Mesi Del Fabbisogno Assistenziale;E Trasmissione Entro Il Giorno 30 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Il Database Senza Nominativi Dei Pazienti All'Ucg	Esistenza Del Db Per Paziente E Invio Trimestrale	1)Val. Pessima Nessun Invio Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Scarsa Invio Di Almeno 1 Db . Riconoscimento 30% 3) Val. Media Invio Di Almeno 3 Db . Riconoscimento 70%; 4) Valutazione Ottima Invio Dei 4 Db Con Un Ritardo Complessivo Dei 4 Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 100%.	Verifica Avvenuto Invio Dei Db	La Struttura, trasmetterà All'Ucg entro il 15 luglio e 15 gennaio anno successivo, copia Dei Database Con Le Informazioni Richieste. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo@gestione@aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati
PRA027	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Monitoraggio Delle Liste Di Attesa Per Assistenza Avendo Cura Di Determinare E Registrare Per Ciascun Assistito Le Seguenti Informazioni: 1) Data Iniziale Di Manifestazione Del Fabbisogno; 2) Tipologia Di Assistenza Di Cui Il Paziente Necessita; 3) Data Di Effettiva Presa In Carico; 4) Stima Media Di Fabbisogno Assistenziale Mensile Per Ciascun Paziente Espressa In Ore E Relativa Ai Soli Fabbisogni Da Soddisfarsi All'Interno Delle Strutture Asl; 5) Durata Stimata In Mesi Del Fabbisogno Assistenziale;E Trasmissione Entro Il Giorno 30 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Il Database Senza Nominativi Dei Pazienti All'Ucg	Esistenza Del Db Per Paziente E Invio Trimestrale	1)Val. Pessima Nessun Invio Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val Scarsa Invio Di Almeno 1 Db . Riconoscimento 30% 3) Val. Media Invio Di Almeno 3 Db . Riconoscimento 70%; 4) Valutazione Ottima Invio Dei 4 Db Con Un Ritardo Complessivo Dei 4 Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 100%.	Verifica Avvenuto Invio Dei Db	La Struttura, trasmetterà All'Ucg entro il 15 luglio e 15 gennaio anno successivo, copia Dei Database Con Le Informazioni Richieste. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo@gestione@aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati	Invio Tutti Db Previsti Nei Termini Indicati
PRA028	Potenziamento Della Qualità Efficienza Ed Appropriattezza Dell'Assistenza Territoriale	Verifica Sull'Appropriatezza Delle Prestazioni Domiciliari Ex. Art. 26 L. 833/78 Erogate Dalle Strutture Private Accreditate Insistenti Sul Territorio Asl Bt	Numero Utenti Sottoposti A Richiesta Di Proroga Del Trattamento Da Parte Dell'Erogatore	1)Val. Pessima < 15% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Ottima >= 15% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto. Il Calcolo % Sara' Effettuato Per I Soli Mesi Del 2021 In Cui Ci Sara' La Regolare Ripresa Delle Attività	Numero Di Utenti In Proroga Verifica / Numero Utenti Per I Quali È Stata Richiesta La Proroga	La Struttura Attiverà Un Registro Informativo Nel Quale Indicherà Gli Estermi Di Ciascuna Richiesta Di Proroga, Fornendo Al Controllo Di Gestione Un Report Sintetico Con Indicazione: Struttura Erogante, Numero Di Richieste Di Proroghe, Numero Di Richieste Di Proroghe Sottoposte A Verifiche;	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	%>=20%	%>=20%	%>=20%

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRA033	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vincolante	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Nota Dg 4366/2021 . Predisposizione E Invio All' Rptc Con Periodicità Mensile, Dell'Elenco Su File Excel Degli Atti Deliberativi Adottati Relativamente A (1- Elenco Delibere Approvazione Graduatoria Concorso - 2 Elenco Delibere Approvazione Graduatoria Avviso Pubblico - 3 Elenco Delibere Aggiudicazione Di Gara) Necessarie All'Estrazione Degli Atti Da Verificare	Invio Mensile File Excel	1)Val. Ottima Invio Di Tutti I File Excel A Decorrenza Dal Giorno 5 Del Secondo Mese Successivo A Quello Di Assegnazione Della Scheda Di Budget, Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 30 Gg, Riconoscimento 100%; 2) Val. Sufficiente Invio Non Inferiore Al 70% Arrotondato Per Difetto Dei File Da Inviare Con Un Ritardo Complessivo Di Giorni Non Superiore A 60 Gg E Calcolato Su Tutti Gli Invi . Riconoscimento 60%; 3) Valutaz. Scarsa. Invio Inferiore Al 70% E/O Invio Con Ritardi Complessivi Per Tutti Gli Invi Superiori A 60 Gg. Riconoscimento 0%	Verifica Esistenza Invio Mensile File	L'Rptc Aziendali Attestata' A Fine Anno Le Date Di Ricevimento Effettivo Del File Per Ciascuna Mensilità'	U.O.S.V.D. Burocratico - Legale	1	Invio Dei 12 File Mensili	Invio Dei 12 File Mensili	Invio Dei 12 File Mensili
PRA035	Monitoraggio Infrannuale Obiettivi	Rendicontazione Semestrale, Da Inviare All'Ucg Entro La Fine Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Semestre O Differente Termine Indicato Dall'Ucg, Relativamente Ai - Codici Obiettivo N1.12A - N1.12B - S.6E - S.6E1 - PT1 - W02-A e di eventuali codici successivamente identificati.	Invio Delle 2 Verifiche Rispettivamente Entro Il 31/07 E 31/01 Anno Successivo Ovvero Entro I Termini Di Richiesta Da Parte Dell'Ucg	1) Valutazione Insufficiente. Nessun Reporto Inviato. Riconoscimento 0%; 2) Valutazione Buona. Invio Del Report Con Un Ritardo Complessivo Per I Due Invi Non Superiore A 30 Gg. Riconoscimento 75%; 3) Valutazione Ottima, Invio Dei Report Entro Le Date Indicate. Riconoscimento 100%;	Si/No	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, La Struttura Dovra' Fornire Attestazione Dell'Avvenuto Invio A Mezzo Mail Del Report Alle Strutture Assegnatarie E All'Ucg	Ucg Su Database Aziendali	1	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali	Invio Delle Due Relazioni Annuali
PRA056	Monitoraggio Prestazioni Interne	Elaborazione Trasmissione Mensile Al Controllo Di Gestione Entro Il 5 Del Mese Successivo Di Una Reportistica Contenente Tutte Le Prestazioni Sanitarie Rese Nei Confronti Di Utenti Esterni Ovvero Di Altre Strutture Aziendali (Ris-Pasc - Lis - Anatomia Patologica - Trasfusionale - Edotto Per Consulenze Al Ps - Cup Per Prestazioni Interne Ecc) Nel Rispetto Delle Indicazioni E Secondo I Tracciati Record Richiesti.	Trasmissione Mensile Del Flusso	1)Val. Ottima Invio Di Tutti I File Excel A Decorrenza Dal Giorno 5 Del Secondo Mese Successivo A Quello Di Assegnazione Della Scheda Di Budget, Con Un Ritardo Complessivo Non Superiore A 30 Gg, Riconoscimento 100%; 2) Val. Sufficiente Invio Non Inferiore Al 70% Arrotondato Per Difetto Dei File Da Inviare Con Un Ritardo Complessivo Di Giorni Non Superiore A 60 Gg E Calcolato Su Tutti Gli Invi . Riconoscimento 60%; 3) Valutaz. Scarsa. Invio Inferiore Al 70% E/O Invio Con Ritardi Complessivi Per Tutti Gli Invi Superiori A 60 Gg. Riconoscimento 0%	Verifica Esistenza Invio Mensile File	La Struttura In Occasione Della Verifica Del Budget Fornira' Un Report Riepilogativo Indicante Per Ciascun Mese La Data Di Invio Del Flusso Certificata Da Mail Allegata	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Di Almeno 9 Report In Corso D'Anno	Invio Di Almeno 9 Report In Corso D'Anno	Invio Di Almeno 9 Report In Corso D'Anno
PRA062	Efficienza Operativa Asl	Verifica Esistenza Documentazione Compromovante Le Motivazioni Che Hanno Determinato Un Ricorso Al Lavoro Straordinario Nel Rispetto Delle Indicazioni Fornite Con Nota Prot. 13413/2020 (Allegato 2). Effettuazione Entro Il 30 Giugno E 30 Dicembre Di Due Verifiche Presso Ciascuna Struttura Uoc E Uosvd Che Abbiamo Registrato Lavoro Straordinario Ordinario O In Reperibilità' Attraverso La Redazione Di Un Verbale Che Indichi La Documentazione Rinvenuta. Invio Alla Direzione Strategica Entro Il 15 Luglio E 15 Gennaio Anno Successivo Di Una Relazione Indicante Tutte Le Strutture Da Controllare, Quelle Controllate E Gli Esiti Delle Verifiche Effettuate.	Numero Di Strutture Controllate / Numero Di Strutture Che Hanno Effettuato Lavoro Straordinario	1)Val. Pessima. Numero Di Strutture Controllate < 70% Delle Strutture Da Controllare Riconosc 0%; 2) Val. Buona Numero Di Strutture Controllate Fra 70 % E 95 % Riconosc 75%; 5)Val. Ottima Controllate Più' Del 95% Delle Strutture Che Hanno Effettuato Lavoro Strordinario Riconosc 100%)	Strutture Controllate / Strutture Che Hanno Effettuato Lavoro Straordinario	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmettera' All'Ucg Copia Dei Documenti Dai Quali Rilevare Il Raggiungimento Dell'Obiettivo. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo Digestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Controlli Effettuati Su Almeno Il 95% Delle Strutture	Controlli Effettuati Su Almeno Il 95% Delle Strutture	Controlli Effettuati Su Almeno Il 95% Delle Strutture
PRA063	Efficienza Operativa Asl	Elaborazione Reportistica Quadrimestrale Contenente Principali Dati Economici E Di Attivita' Per Ciascun Centro Di Responsabilita'	Reportistiche Elaborate Ed Inviare Ai Centri Di Responsabilita'	1)Val. Pessima. Meno Di 2 Invi Nel Corso Dell'Anno Riconosc 0%; 2) Val. Buona Invio di almeno 2 report infrannuali Riconosc 75%; 5)Val. Ottima Invio Dei 3 report Riconosc 100%)	Numero Report Inviati	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmettera' All'Ucg Copia Dei Documenti Dai Quali Rilevare Il Raggiungimento Dell'Obiettivo. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo Digestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Di Almeno 3 Reportistiche In Corso D'Anno	Invio Di Almeno 3 Reportistiche In Corso D'Anno	Invio Di Almeno 3 Reportistiche In Corso D'Anno

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRA064	Efficienza Operativa Asl	Verifica Infrannuale Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, Con Predisposizione Di Una Relazione Da Trasmettere Alla Direzione Strategica Che Evidenzia Anche I Principali Dati E Indicatori Di Attivita' Ed Economici	Relazione Inviata Alla Direzione Strategica Aziendale	1)Val. Pessima: Nessuna Relazione Inviata Riconosc 0% ; 2) Val. Ottima Relazione Inviata Riconosc 100%)	Verifica Invio Relazione	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmettera' All'Ucg Copia Dei Documenti Dai Quali Rilevare Il Raggiungimento Dell'Obiettivo. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo@gestione@Aslbat.It (Trasmissioni Con Modalita' Differenti Es. Protocollo Seedo Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio Relazione Infrannuale	Invio Relazione Infrannuale	Invio Relazione Infrannuale
PRA067	Riduzione Tempi Di Pagamento Fatture Acquisto Attrezzature Sanitarie	Completamento Dei Collaudi Su Attrezzature Sanitarie Entro 20 Giorni Dalla Data Di Consegna Dei Beni.	Durata Media Esecuzione Attività Richieste	1)Val. Pessima > 30 Gg Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 20 Gg E 30 Gg Riconoscimento Del 50% Del Peso Previsto 3) Val. Ottima <= 20Gg . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Durata Media = Giorni Data Consegna - Giorni Data Trasmissione Collaudo All'Area Del Patrimonio / Numero Di Beni Da Collaudare	L'Area Patrimonio, In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, Trasmetterà Un Report Su Fac-Simile Concordato Con Ucg, Dal Quale Si Evinceranno Le Richieste E La Data Di Completamento Delle Attività Con Calcolo Per Ciascuna U.O. Dei Tempi Medi Di Esecuzione Delle Procedure Di Collaudo. In Occasione Della Verifica Finale, È Rimessa All'Area Patrimonio La Facoltà Di Eliminare Dal Calcolo Medio Procedure Oltre I 20 Giorni, I Cui Ritardi Sono Giustificati Da Validi Motivi.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Patrimonio	1	Effettuazione del collauro entro 20 gg dalla richiesta	Effettuazione del collauro entro 20 gg dalla richiesta	Effettuazione del collauro entro 20 gg dalla richiesta
PRA071	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi Dopo Assenso Della Direzione Strategica.	Avvio Delle Trattative Con La Controparte Entro 20 Giorni Dall'Approvazione Del Verbale Cvs Da Parte Della Direzione Aziendale	Data Approvazione Verbale - Data Avvio Trattativa	1) Val. Pessima Durata Media Gg Avvio Trattative > 30 Gg. Riconoscim 0%. 2) Val. Buono Durata Media Gg Avvio Trattative Ricompresa Fra 21 E 30 Gg. Riconoscim 80% 3) Val. Ottima Durata Media Gg Avvio Trattative >= 20 Gg. Riconoscim 100%	Data Approvazione Verbale - Data Avvio Trattativa / Numero Di Verballi Approvati Da Direzione	La U.O.S.V.D. Rischio Clinico, In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi, Determinerà La Durata Media In Gg Relativi All'Avvio Delle Trattative.	U.O.S.V.D. Gestione rischio clinico, Qualità e Bad Management	1	Avvio delle trattative entro 20gg dall'approvazione del verbale	Avvio delle trattative entro 20gg dall'approvazione del verbale	Avvio delle trattative entro 20gg dall'approvazione del verbale
PRA075	contenimento della spesa farmaceutica	riduzione tempi di approvazione delle delibere di acquisizione dei farmaci non unici	tempo di approvazione della delibera	1) ottimo se temp <= a 15 giorni RICONOSC 100% ; media se > o = a 20 giorni; pessima se > a 20 giorni	tempo di invio delibera per approvazione / data di invio fabbisogni da parte della Direzione Dipartimento farmaceutico	la Direzione del Dipartimento fornirà all'UCG e alla Direzione Strategica un report bimestrale recante per ogni richiesta, data richiesta e data di invio delibera/determina per approvazione. Il calcolo sarà effettuato su base annua come media dei tempi di adozione.	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	1	Adozione atto <= a 15 giorni	Adozione atto <= a 15 giorni	Adozione atto <= a 15 giorni
PRA076	Monitoraggio Utilizzo Armadietto di Reparto	Invio entro la fine di ciascun trimestre ai CDC utilizzatori dell'armadietto di reparto, del report con il confronto fra carichi di reparto e scarichi a reparto	Invio reportistica trimestrale	1)Val. Pessima. Meno Di 1 Gg Per Ciascun Presidio Riconosc 0% ; 2) Val. Buona Invio dei 4 repor con un ritardo complessivo non superiore a 60 gg. Riconosc 70%) 3) Val. Ottima Invio dei 4 repor con un ritardo complessivo non superiore a 30 gg. Riconosc 100%)	Invio reportistica trimestrale	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Struttura Fornirà Le 4 mail inviate ai CDC con il report richiesto.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio dei 4 report trimestrali con un ritardo non superiore a 60 gg	Invio dei 4 report trimestrali con un ritardo non superiore a 60 gg	Invio dei 4 report trimestrali con un ritardo non superiore a 60 gg
PRA077	Monitoraggio attività di controllo su strutture	Attivazione e invio entro la fine di ciascun trimestre, del registro controlli su fac-simile concordato UCG.	Invio reportistica trimestrale	1)Val. Pessima. Meno Di 4 Invi Riconosc 0% ; 2) Val. Buona Invio dei 4 repor con un ritardo complessivo non superiore a 60 gg. Riconosc 70%) 3) Val. Ottima Invio dei 4 repor con un ritardo complessivo non superiore a 30 gg. Riconosc 100%)	Invio reportistica trimestrale	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Struttura Fornirà Le 4 mail inviate all'UCG con il report richiesto.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio dei 4 report trimestrali con un ritardo non superiore a 60 gg	Invio dei 4 report trimestrali con un ritardo non superiore a 60 gg	Invio dei 4 report trimestrali con un ritardo non superiore a 60 gg

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRA078	contenimento della spesa farmaceutica	riduzione tempi di approvazione delle delibere di adesione alle gare in unione d'acquisto e/o centralizzate	Somma GG decorrenti da data comunicazione fattisogno a data invio in direzione atto deliberativo / Numero di atti	1) ottimo se temp <= a 10 giorni lav rico 100% ; media se compresa fra 10 e 15 giorni lav ricon 75%; pessima se > a 15 giorni lav 0%	tempo di invio in direzione dell'atto da data di invio fabbisogni da parte della Direzione Dipartimento farmaceutico	la Direzione del Dipartimento fornirà all'UCG e alla Direzione Strategica un report bimestrale recante le date	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale	1	Adozione atto <= a 10 giorni	Adozione atto <= a 10 giorni	Adozione atto <= a 10 giorni
PRA079	Elaborazione del Bilancio di Previsione tenuto conto dei trend registrati e dei contratti stipulati	Definizione di un modello finalizzato ad acquisire dai centri autorizzativi le stime per la redazione del bilancio preventivo supportate anche dalle informazioni su contratti in essere	Elaborazione di un repor che evidenzi per ciascun conto e fornire l'andamento del costo nell'esercizio in corso per singolo mese, con informazioni necessarie a stimare il ce previsionale (Contratti, attivazioni in corso d'anno ecc.)	1)Val. Ottima. Trasmissione via mail alla Direzione Strategica entro il 10 dicembre ovvero nei 20 gg precedenti al termine per l'approvazione del Previsionale di un report excel con analisi sui singoli conti di contabilità dettagliati per fornitore e con informazioni sui contratti in essere e importi previsti. Riconosc 100%; 2) Val. Buona. Val. Ottima. Trasmissione via mail alla Direzione Strategica entro il 20 dicembre ovvero nei 10 gg precedenti al termine per l'approvazione del Previsionale di un report excel con analisi sui singoli conti di contabilità dettagliati per fornitore e con informazioni sui contratti in essere e importi previsti. Riconosc 60% 2) Val. Pessima. Trasmissione alla Direzione Strategica oltre i termini di cui al precedente punto 2 di quanto richiesto. Riconosc 0%. Nella valutazione si terrà comunque conto della completezza del report trasmesso.	Verifica avvenuto invio del report con le informazioni richieste.	In Occasione Della Verifica Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget, La Struttura Fornirà copia della mail con relativo report inoltrato alla Direzione Strategica.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio del previsionale entro 20 giorni dal termine fissato per l'approvazione	Invio del previsionale entro 20 giorni dal termine fissato per l'approvazione	Invio del previsionale entro 20 giorni dal termine fissato per l'approvazione
PRA082	Sviluppo della Digitalizzazione Aziendale in attuazione dell'agenda sanità digitale (AGID)	Invio alla Direzione Strategica entro il 31 dicembre dell'anno in corso dell'Agenda Digitale	Invio documentato dell'Agenda Digitale	1)Val. Pessima Mancato Invio Riconosc 0% ; 2)Val. Ottima Invio nei termini. Riconosc 100% ;	Verifica avvenuto invio carta dei servizi	La Struttura In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Fornirà Copia Della Mail O Indicherà Il Protocollo Di Trasmissione Della Mail Alla Direzione Strategica	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Nessuno	Nessuno	Nessuno
PRA084	Coordinamento e adempimenti amministrativi correlati alla realizzazione degli interventi PNRR	Invio alla Direzione Strategica entro la fine di ciascun quadrimestre, di un documento attestante tutti gli adempimenti amministrativi posti in essere nel rispetto delle indicazioni e di quanto previsto dai piani regionali	Rispetto del programma definito a livello Regionale	1)Val. Pessima Mancato Invio del documento e/o mancato rispetto del programma stabilito dalla Regione. Riconosc 0% ; 2)Val. Ottima Rispetto dei termini per l'invio e rispetto delle attività programmate a livello regioale. Riconosc. 100%	Verifica rispetto delle attività individuate a livello regionale	La Struttura In Occasione Della Verifica Degli Obiettivi Fornirà Copia Della Mail O Indicherà Il Protocollo Di Trasmissione Della Mail Alla Direzione Strategica trasmettendo a fine anno il documento dal quale si evinca il rispetto dei termini stabiliti.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Invio dei 3 report quadrimestrali con la rendicontazione delle attività amministrative e effettuate	Invio dei 3 report quadrimestrali con la rendicontazione delle attività amministrative e effettuate	Invio dei 3 report quadrimestrali con la rendicontazione delle attività amministrative e effettuate
PRA099	Riduzione Dei Tempi Di Pagamento	Monitoraggio Trimestrale Sulle Fatture Non Liquidate	Trasmissione Entro Il Giorno 15 Del Mese Successivo Alla Scadenza Di Ciascun Trimestre, Di Un Report riepilogativo a Ciascun Centro Di Liquidazione e alla Direzione Amministrativa, Contenenete il raffronto tra Fatture sollecitate nel precedente trimestre e fatture ancora aperte nei tre mesi dal sollecito	1)Val. Pessima Nessun Report Inviato Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Inviati Almeno 2 Report Riconosc 30% ;3)Val. Media Inviati Almeno 3 Report Riconosc 60% ;4)Val. Buona Inviati Tutti E 4 I Report Con Un Ritardo Annuo Nelle Trasmissioni Non Superiore A 30 Giorni Riconosc 85% ;5)Val. Ottima Inviati Tutti E 4 I Report Con Un Ritardo Annuo Nelle Trasmissioni Complessivamente Non Superiore A 20 Giorni Riconosc 100%;	Invio Reportistica Ai Centri Liquidatori e Direzione Amm.va	La Struttura, In Occasione Della Relazione Sul Raggiungimento Degli Obiettivi Di Budget (Obiett PRA003) ,Infrannuale (Scadenza 31/07) E Annuale (Scadenza 31/01/ Anno Succ) Trasmeterà All'Ucg Copia Delle Mail Inviati Ai Centri Liquidatori Nei Termini Fissati. Invio Da Effettuarsi Esclusivamente Via Mail All'Indirizzo Controllo@gestione@Aslbat.it (Trasmissioni Con Modalità Differenti Es. Protocollo Seede Determineranno La Riduzione Di 1 Punto)	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Monitoraggio quadrimestral e sui tempi di liquidazione	Monitoraggio quadrimestral e sui tempi di liquidazione	Monitoraggio quadrimestral e sui tempi di liquidazione

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRE002	Garantire Alla Data Del 31/12/Anno Corrente Che Tutto Il Personale Dipendente Abbia Un Certificato Di Idoneità Non Scaduto	Sottoporre A Visita Il Personale Senza Visita O Con Visita Scaduta	% Dipendenti Con Certificato In Corso Di Validità / % Dipendenti in servizio	1)Val. Pessima % Inferiore Del 70% Riconoscimento 0%; 2) Val. Buona % Fra 70% E 90% Riconoscimento Proporzionale 3) Val. Ottima % > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	% Dipendenti Con Certificato Valido / Dipendenti In Servizio.	La Struttura Dovrà Fornire All'Ucg Un Report Con Tutti I Dipendenti In Servizio Al 31/12/Anno Corrente Indicando Per Ciascuno La Data Di Scadenza Del Certificato Di Idoneità	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	> 90%	> 90%	> 90%
PRE003	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Presa In Carico Del Paziente Affetto Da Ludopatia	Numero Di Pazienti Presi In Carico	1)Val. Pessima % < 60% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media % Compresa Fra Il 60% E L'89% Riconoscimento % 3) Val. Ottima % > 89% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Pazienti Presi In Carico Al 31/12/Anno Corrente /Numero Richieste Totali	La Struttura Dovrà Consegnare Un Report Con Indicazione Delle Istanze Da Prendere In Carico Al 31/12/Anno Precedente E Di Quelle Pervenute Nel Corso Del Anno Corrente Con Indicazione Per Ciascun Soggetto Dell'Avvenuta Presa In Carico.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	1	1	1
PRE004	Migliorare La Qualità Della Vita Dei Pazienti Fragili E Dei Loro Familiari	Presa In Carico Del Paziente Affetto Da Altre Dipendenze Patologiche (Es. Alcolismo, Tossicodipendenza Ecc.)	Numero Di Pazienti Presi In Carico	1)Val. Pessima % < 60% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media % Compresa Fra Il 60% E L'89% Riconoscimento % 3) Val. Ottima % > 89% . Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Numero Di Pazienti Presi In Carico Al 31/12/Anno Corrente /Numero Richieste Totali	La Struttura Dovrà Consegnare Un Report Con Indicazione Delle Istanze Da Prendere In Carico Al 31/12/Anno Precedente E Di Quelle Pervenute Nel Corso Del Anno Corrente Con Indicazione Per Ciascun Soggetto Dell'Avvenuta Presa In Carico.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	1	1	1
PRE005	Efficienza Operativa	Contenzioso In Tema Di Responsabilità Civile: Partecipazione Ctu, Atp E Relazioni Medico Legali	N° Di Richieste Evase/N° Di Ctp Richieste	1)Val. Pessima Nr. Richieste Evase < 80 % Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Buona Nr. Richieste Evase Compreso Fra 80% E 95% Riconoscimento Proporzionale Del Peso Previsto.2) Val. Ottima Nr. Richieste Evase > 95% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	N° Di Richieste Evase/N° Di Ctp Richieste	La Uosvd Redigerà Un Report Controfirmato Dalla S.B.L. Indicante Numero E Data Di Protocollo Delle Richieste Ricevute E Numero E Data Protocollo Dei Riscontri Inviati. In Assenza Di Protocolloazione Potrà Essere Indicata La Data Della Pec O Mail Di Cui Si Fornirà Copia Nel Caso In Cui Il Soggetto Preposto Alla Verifica Dell'Obiettivo Non Sia Fra I Destinatari.	U.O.S.V.D. Burocratico - Legale	1	> 95%	> 95%	> 95%
PRE006	Determinazione Delle Indagini Di Biologia Molecolare Per L' Oncologia	Numero Di Referti Di Biologia Molecolare Per L' Oncologia Erogati All'Anno	Prestazioni Erogate	1)Val. Pessima < 80% Riconoscimento 0% Del Peso Previsto; 2) Val. Media Fra 80% E 90% Riconoscimento 70% Del Peso Previsto. 3) Val. Ottima > 90% Riconoscimento 100% Del Peso Previsto.	Prestazioni Erogate / Prestazioni Richieste	La Struttura Fornirà Un Report Analitico Con Il Numero Di Prestazioni Richieste Ed Il Numero Di Prestazioni Erogate	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	> 90%	> 90%	> 90%
PRE007	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Mantenimento Delle Prestazioni Rese Tramite Realizzazione Di Piani Di Trattamento Con Tecnica Conformazionale Per L'Unità Operativa Di Radioterapia	Numero Dei Piani Di Trattamento Di Radioterapia Conformazionali Eseguiti/Numero Dei Piani Di Trattamento Conformazionali Richiesti Dalla U.O. Di Radioterapia	1)Val. Pessima > 80% Riconosc 0%; 2) Val. Buona Fra 80% E 90% Riconosc 70%; 3)Val. Ottima > 90 % Riconosc 100% .	Numero Dei Piani Di Trattamento Di Radioterapia Conformazionali Eseguiti/Numero Dei Piani Di Trattamento Conformazionali Richiesti Dalla U.O. Di Radioterapia	Invio All'Ucg Di Un Report Analitico Indicando Il Numero Dei Piani Di Trattamento Effettuati E Il Numero Dei Trattamenti Richiesti	S.Comp. P.O. Barletta - Radioterapia	1	> 90%	> 90%	> 90%
PRE008	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Miglioramento Delle Prestazioni Rese Tramite Realizzazione Di Piani Di Trattamento Con Tecniche Speciali (Imrt E/O Rapid Arc) Per L'Unità Operativa Di Radioterapia	Numero Dei Piani Di Trattamento Di Radioterapia Con Tecniche Speciali (Imrt, Rapidarc) Eseguiti / Numero Dei Piani Di Trattamento Con Tecniche Speciali (Imrt, Rapidarc) Richiesti Dalla U.O. Di Radioterapia	1)Val. Pessima > 80% Riconosc 0%; 2) Val. Buona Fra 80% E 90% Riconosc 70%; 3)Val. Ottima > 90 % Riconosc 100% .	Numero Dei Piani Di Trattamento Di Radioterapia Con Tecniche Speciali (Imrt, Rapidarc) Eseguiti / Numero Dei Piani Di Trattamento Con Tecniche Speciali (Imrt, Rapidarc) Richiesti Dalla U.O. Di Radioterapia	Invio All'Ucg Di Un Report Analitico Indicando Il Numero Dei Piani Di Trattamento Effettuati E Il Numero Dei Trattamenti Richiesti	S.Comp. P.O. Barletta - Radioterapia	1	> 90%	> 90%	> 90%

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
PRE009	Attuazione Della Programmazione Regionale In Materia Di Rete Ospedaliera E Di Riequilibrio Ospedale-Territorio. Obiettivo Di Mandato Ex Dgr N. 114/2018	Mantenimento Dell'Attività Di Verifica Dei Limiti Dosimetrici Di Dimissione Per I Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica	Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica Sottoposti A Valutazione Dosimetrica / Sdo Drg 409	1)Val. Pessima < 100% Riconosc 0% ; 2) ; 2)Val. Ottima = 100% Riconosc 100% .	Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica Sottoposti A Valutazione Dosimetrica	Invio All'Ucg Di Un Report Analitico Indicando Il Numero Pazienti Ricoverati In Radioterapia Metabolica E Il Numero Dei Pazienti Sottoposti A Valutazione Dosimetrica	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	1	1	1
PRE078	Incremento certificazioni medico legali a pagamento	Incrementare numero dei certificati annui di almeno 25% su anno 2022	Rilevazione prestazioni da cup	Obiettivo raggiunto 100% - Obiettivo non raggiunto 0%	Verifica prestazioni da CUP	L'ucg calcolerà il numero delle prestazioni da CUP	L'Ufficio Ucg Elaborerà Per Centro Assegnatario Di Budget, La Reportistica Per Calcolare La Variazione % Dell'Indicatore .	1	Anno 2022 + 25%	Anno 2022 + 25%	Anno 2022 + 25%
TEM010	Efficienza Operativa	Certificazioni Medico - Legali Per Il Riconoscimento Di Lavoratore Affetto Da "Patologia Grave" E Sottoposto A "Terapie Invalidanti O Salvavita"	Tempo Medio Di Attesa Tra Istanza E Refertazione: 10 Giorni.	1)Val. Pessima Gg Medi Refertazione > 15 Gg Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Gg Medi Refertazione Fra 13 E 15 Gg Riconosc 30%; 3)Val. Sufficiente Gg Medi Refertazione Fra 11 E 13 Gg Riconosc 50%; 4)Val. Buona Gg Medi Refertazione Fra 10 E 11 Gg Riconosc 75%; 5)Val. Ottima Gg Medi Refertazione <= 10 Gg Riconosc 100%	Gg Medi Refertazione = Somma Gg (Data Presentazione Istanza - Data Refertazione) / Numero Di Istanze	La Uosvd Trasmetterà Un Report All Ucg E All'Area Del Personale (Per La Verifica Di Completezza) Su File Excel Con Numero E Data Protocollo Dell'Istanza Di Richiesta E N. E Data Protocollo Della Certificazione Emessa. In Assenza Di Protocollo Collazione Potrà Essere Indicata La Data Della Pec O Mail Di Cui Si Fornirà Copia Nel Caso In Cui Il Soggetto Preposto Alla Verifica Dell'Obiettivo Non Sia Fra I Destinatari.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Tempi Medi Di Refertazione Inferiori A 10 Gg Dalla Data Di Richiesta Di Visita	Tempi Medi Di Refertazione Inferiori A 10 Gg Dalla Data Di Richiesta Di Visita	Tempi Medi Di Refertazione Inferiori A 10 Gg Dalla Data Di Richiesta Di Visita
TEM013	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Predisposizione E Avvio Istruttoria Entro 10 Gg Dalla Richiesta Risarcitoria.	Apertura Istruttoria	1)Val. Pessima Somma Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria > 20 Gg Riconosc 0%; 2)Val. Scarsa Somma Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria Compresa Fra 15 E 20 Gg Riconosc 45%; 3)Val. Sufficiente Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria Compresa Fra 11 E 15 Gg Riconosc 80%; 5)Val. Ottima Se Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Apertura Istruttoria <= 10 Gg Riconosc 100%	Gg. Complessivi Apertura Istruttoria / Numero Ricontri	Il Coordinatore Cvs, Sulla Scorta Del Report Predisposto Con Tutte Le Informazioni Per Rilevare Le Date Di Richiesta Ed Evazione Pratica, Calcolerà La % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo.	U.O.S.V.D. Gestione rischio clinico, Qualità e Bad Management	1	<= 10 Gg	<= 10 Gg	<= 10 Gg

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
TEM016	Tempestiva Definizione Dei Casi Previsti Dal Comitato Valutazione Rischi	Predisposizione E Invio Entro 30 Gg Dal Ricevimento Della Documentazione Richiesta Della Relazione Medico Legale Propedeutica Alla Discussione In Cvs. I 30 Giorni Lavorativi Per L'Invio Del Parere Medico Legale Dovranno Essere Calcolati Dalla Conclusione Dell'Iter Valutativo Che Potrà Coincidere Con La Visita Medico Legale E/O Con L'Acquisizione Del Parere Specialistico, Dimostrando Tuttavia Che L'Ottenimento Dei Pareri Specialistici E L'Invito A Visita Siano Stati Tempestivamente Richiesti.	Invio Della Perizia Al Coordinamento Cvs	1)Val. Pessima Somma Gg. Complessivi Stesura E Invio Relazione Medico Legale / Numero Perizie Medico Legale > 60 Gg Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Somma Gg. Complessivi Stesura E Invio Relazione Medico Legale / Numero Perizie Medico Legale Compresa Fra 40 E 60 Gg Riconosc 30% ; 3)Val. Sufficiente Gg. Complessivi Stesura E Invio Relazione Medico Legale / Numero Perizie Medico Legale Compresa Fra 30 E 40 Gg Riconosc 75% ;4)Val. Buona Gg. Complessivi Stesura E Invio Relazione Medico Legale / Numero Perizie Medico Legale Compresa < 30 Gg Riconosc 95% ; 5)Val. Ottima Se Ogni Perizia E' Inviata Entro Il Termine Di 30 Gg Riconosc 100%	Gg. Complessivi Ricontri / Numero Perizie	Il Coordinatore Cvs, Sulla Scorta Del Report Predisposto Con Tutte Le Informazioni Per Rilevare Le Date Di Richiesta Ed Evazione Pratica, Calcolerà La % Di Raggiungimento Dell'Obiettivo.	U.O.S.V.D. Gestione rischio clinico, Qualità e Bad Management	1	Media invio relazioe entro 30 Gg dalla conclusione dell'iter Valutativo	Media invio relazioe entro 30 Gg dalla conclusione dell'iter Valutativo	Media invio relazioe entro 30 Gg dalla conclusione dell'iter Valutativo
TEM017	Migliorare Efficienza Rete Stroke	Garantire Efficienza Operativa Per Interventi E Procedure Riguardanti Ictus	Aumentare I Volumi Di Attività Della Stroke Unit Riguardanti La Somministrazione Di Agente Trombolitico Nei Pazienti Con Stroke Esordito Tra 4,5 E 9 Ore	Aumento Del 20 % Delle Procedure Trombolitiche Per Ictus Nella Finestra Terapeutica 4,5-9 Ore	Nel Gruppo Di Pazienti Con Ictus Esordito Nella Finestra 4,5-9 Ore Sarà Calcolata La Percentuale Di Pazienti Trattati/Numero Totale Di Pazienti Con Ictus	La Uoc Di Neurologia Redigerà Un Report Semestrale Relativo Alla Percentuale Dei Pazienti Trattati/Quelli Potenzialmente Trattabili Nella Fascia 4,5-9 Ore Dall' Esordio	S.Comp. Po Barletta - Neurologia	1	Aumento Del 20 % Delle Procedure Trombolitiche Per Ictus Nella Finestra Terapeutica 4,5-9 Ore rispetto all'anno precedente.	Aumento Del 20 % Delle Procedure Trombolitiche Per Ictus Nella Finestra Terapeutica 4,5-9 Ore rispetto all'anno precedente.	Aumento Del 20 % Delle Procedure Trombolitiche Per Ictus Nella Finestra Terapeutica 4,5-9 Ore rispetto all'anno precedente.
TEM018	Migliorare Efficienza Rete Stroke	Aumentare Il Numero Di Pazienti Con Ictus Che Iniziano La Trombolisi Entro 60 Minuti Dall' Ingresso In Ospedale	Aumentare Il Numero Di Pazienti Che Effettuano Bolo Di Trombolitico Direttamente In Sala Tac	Valutazione Ottima: Aumento Del 40% Dei Pazienti Che Effettuano Bolo Trombolitico In Sala Tac	Numero Di Pazienti Che Effettuano Bolo Trombolitico In Sala Tac/Numero Di Pazienti Che Effettuano Trombolisi	La Uoc Di Neurologia Redigerà Un Report Semestrale	S.Comp. Po Barletta - Neurologia	1	Valutazione Ottima: Aumento Del 30% su anno 2023 Dei Pazienti Che Effettuano Bolo Trombolitico In Sala Tac entro 60 min dall'ingresso in ospedale.	Valutazione Ottima: Aumento Del 30% su anno 2023 Dei Pazienti Che Effettuano Bolo Trombolitico In Sala Tac entro 60 min dall'ingresso in ospedale.	Valutazione Ottima: Aumento Del 30% su anno 2023 Dei Pazienti Che Effettuano Bolo Trombolitico In Sala Tac entro 60 min dall'ingresso in ospedale.
VAL006	Garantire Adeguati Volumi Di Attività Per Chirurgia Oncologica - Prostata	Garantire Adeguati Volumi Di Attività O Soglie Minime Per Chirurgia Oncologica - Prostata E Relativi Tempi Di Attesa Per Classi Di Priorità E Per Ipb (Patologia Benigna). (Minimo 60 Per K Prostata E 20 Per Ipb). Volume Coerente Con I Criteri Prop	N. Ricoveri Ordinari Chirurgici Elettivi Per Tumore Prostata In Relazione Alle Classi Di Priorità E Quelli Per Ipb	N. Ricoveri Totali > = 80 Casi Complessivi Asl (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 50 - 79 Casi (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 60%); < 50 Casi (Obiettivo Non Raggiunto)	N. Drg Chirurgici 334 - 335 (Radical); 336 - 337 (Transuretrale) Correlati Alle Diagnosi Principali Pne E Classi Di Priorità, Con Prevalenza Della Casistica Oncologica (Minimo 50 Ricoveri/Anno)	Da Considerare Anche Gli Interventi Di Prostatectomia Per Ipb - Vedere Protocollo Pne. Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentano (Minimo 10%) O Meno Il Numero Dei Ricoveri (Patologia Oncologica E Benigna), Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	Ucg Su Database Aziendali	1	> = 80 Casi	> = 80 Casi	> = 80 Casi

Cod New	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	Range Pesatura	Calcolo Indicatore	Verifica raggiungimento obiettivo	Struttura Preposta Alla Valutazione Sul Raggiungimento dell'obiettivo	Strutture e Assegnatarie	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2025 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2026 (RISULTATO ATTESO)
VAL007	Garantire Adeguati Volumi Di Attività Per Chirurgia Oncologica - Utero	Garantire Adeguati Volumi Di Attività O Soglie Minime Per Chirurgia Oncologica - Utero E Relativi Tempi Di Attesa Per Classi Di Priorità	N. Ricoveri Ordinari Chirurgici Elettivi Per Tumore Utero In Relazione Alle Classi Di Priorità	N. Ricoveri > = 20 Casi Complessivi Asl (Obiettivo Raggiunto 100%); Tra 9 - 19 Casi (Obiettivo Parzialmente Raggiunto 50%); < 9 Casi (Obiettivo Non Raggiunto).	N. Drg Chirurgici 353-355 Correlati Alle Diagnosi Principali Pnc E Classi Di Priorità	Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentato (Minimo 10%) O Meno Il Numero Dei Ricoveri Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	>= 20 Casi	>= 20 Casi	>= 20 Casi
VAL008	Valutazione Reti Tempo Dipendenti - Ima	Garantire Efficienza Organizzativa Per Interventi E Procedure Riguardanti Ima A Seguito Epidemia Per Covid-19	Valutare I Volumi Di Attività Interventistica Del Servizio Di Emodinamica Relativi Alle Procedure Di Angioplastica (Ptca) Per Ima O Altre Cardiopatie E Per Altre Patologie Non Coronariche/Cardiologiche	Obiettivo Raggiunto (100%) Se Procedure Ptca E Diagnostiche Di Ambito Cardiologico > = 95% Rispetto A Quelle Per Patologie Non Cardiologiche; Obiettivo Parzialmente Raggiunto (60%) Se >= 90%; Obiettivo Non Raggiunto Se < 90%	N. Sdo Con Ptca Coronarica (00.66) Per Ima (410.Xx), Altra Rimozione Di Ostruzione Dalle Coronarie (39.90), Coronarografie (8856) E Cateterismo Cuore Sinistro (3722) E N. Sdo Con Angioplastica Non Coronarica (39.50; 00.61 - 00.65)	Corretta Rilevazione E Codifica Della Sdo, Tenuto Conto Dell'attività In Urgenza E Quella In Elezione. Le Patologie Cardiologiche Sono Riferibili Alle Diagnosi Principali Di Dimissione 410 - 414. L'Eventuale Inserzione Di Stent Coronarici È Identificata Da 36.06 E 36.07. In Caso Di Raggiungimento Parziale O Negativo Si Terrà Conto Se Le Unità Operative Interessate Abbiano Comunque Aumentato O Meno Il Numero Dei Ricoveri Rispetto All'Anno Precedente, Con Eventuale Incremento Proporzionale Della Performance Conseguita.	Ucg Su Database Aziendali	1	>= 95%	>= 95%	>= 95%
VAL011	Rispetto Delle Leggi E Del Principio Di Buon Andamento Ed Imparzialità Dell'Amministrazione Obiettivo Vincolante	Rispetto Del Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Trasparenza. Nota Dg 3145/2023 E S.M.I. . Controlli Su Atti Deliberativi (Anno 2024 10% --Anno 2025 11%), Controlli Su Determine Dirigenziali (Anno 2024 10% -- Anno 2025 11%) Controlli Su Aggiudicazione Gare (Anno 2024 10% --Anno 2025 11%); Controlli Su Concorsi (Anno 2024 10% --Anno 2025 11%); Controlli Su Avvisi Pubblici (Anno 2024 10% --Anno 2025 11%).	Numero Controlli Effettuati	1)Val. Pessima Unità Formate < Del 60% Riconosc 0% ;2)Val. Scarsa Fra Il 60% E Il 70% Riconosc 30% ; 3)Val. Sufficiente Unità Formate Fra Il 70% E Il 80% Riconosc 50%; 4)Val. Buona Fra Il 80% E Il 100 % Riconoscimento % Raggiunta; 5)Val. Ottima >= Del 100 % Riconosc Pari Al 100 %;	Atti Controllati / Atti Da Controllare	Per Attestate Il Raggiungimento Dell'obiettivo, La Struttura Dovrà Fornire Su File Excel, Per Ciascuna Tipologia Di Controllo, L'Elenco Degli Atti Deliberativi Controllati E L'Elenco Degli Atti Deliberativi Adottati Nell'Anno	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	Controllo in misura almeno pari al 10% di ciascun atto	Controllo in misura almeno pari al 10% di ciascun atto	Controllo in misura almeno pari al 10% di ciascun atto
WP30	Tempi d'intervento patologie tempo dipendente	Attivazione percorso HUB ima-sca: territorio Asl Bt	Tempi di intervento	1) Scarso inferiore all' 80%. Nessun riconoscimento. 2) Ottima >= 80%. Riconoscimento 100%. L'obiettivo si intenderà raggiunto nei termini indicati a condizione che la % di raggiungimento non sia inferiore ai tempi definiti (Normative, Linee guida regionali ecc.)	Verifica esistenza contestazioni centrale operativa	Dichiarazione Direttore Centrale operativa 118 e autocertificazione del responsabile di U.O. che le % non sono inferiori ai minimi previsti da eventuali normative e/o linee guida.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	>= 80%	>= 80%	>= 80%
WP31	Migliorare Outcom arresto cardiaco	Utilizzo compressore cardiaco	Numero di pazienti sottoposti a compressore cardiaco esterno	1) Scarso inferiore all' 50%. Nessun riconoscimento. 2) Ottima >= 50% Riconoscimento 100%. L'obiettivo si intenderà raggiunto nei termini indicati a condizione che la % di raggiungimento non sia inferiore ai tempi definiti (Normative, Linee guida regionali ecc.)	Verifica scheda paziente	Database centrale operativa e autocertificazione del responsabile di U.O. che le % non sono inferiori ai minimi previsti da eventuali normative e/o linee guida.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	>= 50%	>= 50%	>= 50%
WP32	Migliorare Outcom nella somministrazione di farmaci in accesso vascolare intraosseo in emergenza	Utilizzo trapano intraosseo	Numero di pazienti accesso vascolare intraosseo	1) Con almeno due tentativi di accesso vascolare di vena periferica fallito, Scarso inferiore all' 50%. Nessun riconoscimento. 2) Ottima >= 50% Riconoscimento 100%. L'obiettivo si intenderà raggiunto nei termini indicati a condizione che la % di raggiungimento non sia inferiore ai tempi definiti (Normative, Linee guida regionali ecc.)	Verifica scheda paziente	Database centrale operativa e autocertificazione del responsabile di U.O. che le % non sono inferiori ai minimi previsti da eventuali normative e/o linee guida.	Ucg Su Rendicontazione Struttura	1	>= 50%	>= 50%	>= 50%