

## ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE – OIV

---

### **Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (ai sensi del D.Lgs. 150/2009, art. 14, comma 4, lettera a) - anno 2023.**

#### **1. Premessa**

Il D.lgs. 150 del 2009 e ss.mm.ii. prevede tra i compiti degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lettera a).

L'A.N.A.C. è intervenuta sul tema con successive delibere predisponendo delle linee guida a supporto degli OIV per gli adempimenti relativi al monitoraggio e per l'elaborazione della Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, documento attraverso il quale gli OIV riferiscono circa l'attività svolta, gli esiti della stessa e sottolineano i rischi e le opportunità del sistema in vigore. In particolare il presente documento è redatto, per quanto compatibile con la realtà delle aziende sanitarie, conformemente ai contenuti suggeriti dall'A.N.A.C. con delibera n. 23 del 2013. L'Autorità stessa indica che le linee guida contenute nella delibera, sebbene rivolte specificamente alle Amministrazioni statali, agli Enti Pubblici non economici nazionali e alle Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, costituiscono un parametro di riferimento per tutti gli enti e le amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 del D.lgs. 165 del 2001.

Il presente documento riferisce sul funzionamento complessivo del sistema interno per l'anno 2023 dell'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ascoli Piceno, costituita dal 01/01/2023, in forza della Legge Regionale n. 19/2022 che ha realizzato un nuovo assetto organizzativo dell'intero sistema sanitario della Regione Marche. In particolare l'art. 23 della L.R. 19/2022, ha individuato cinque AA.SS.TT., che sono subentrate all'ASUR senza soluzione di continuità, assicurando le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA), l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria nei rispettivi ambiti territoriali di riferimento.

L'AST Ascoli Piceno ha quindi acquisito lo status di azienda con conseguente autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile a partire dal 01/01/2023. E' subito emersa la necessità di revisionare ed approvare ex novo una serie di regolamenti e procedure su cui si fonda l'intera riorganizzazione della nuova Azienda compreso il ciclo della performance Di

conseguenza si è scelto inizialmente di mantenere in vigore i regolamenti ASUR per poi procedere nel più breve tempo realizzabile agli aggiornamenti.

Si evidenzia che questo Organismo Indipendente di Valutazione è stato nominato con determina del Direttore Generale AST n.676 del 09/08/2023.

La presente relazione, partendo dalle considerazioni di contesto sopra riportate, mira ad evidenziare criticità e punti di forza del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità, nell'ottica di garantire un percorso di sviluppo e miglioramento continuo, nonché di monitorare la coerenza con il dettato normativo (in particolare riforma Madia, Decreto 74/2017) e con quanto previsto dalle Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica–Ufficio per la valutazione della performance.

## **1. Ciclo della Performance**

A seguito del D.P.R. n. 81 del 24/06/2022, il **Piano della Performance** è stato soppresso e assorbito nel nuovo documento introdotto dal D.L. n. 80 del 09/06/2021 (convertito in L. n. 113/2021), denominato “Piano integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO); pertanto per il triennio 2023/2025, tale Piano è stato inserito nell'apposita nuova sezione “Valore pubblico, performance e anticorruzione” **del PIAO dell'AST** di Ascoli Piceno, approvato con Determina n. **242** del **30/03/2023**, rispettando le scadenze previste dalla normativa di riferimento (considerata la proroga prevista dal provvedimento del Presidente ANAC del 17/01/2023 e la nota del Dipartimento Salute del 27/03/2023).

Nel suddetto Piano della Performance si stabiliva che il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance sarebbe stato approvato con separato provvedimento.

Nelle more dell'adozione del Sistema Misurazione e Valutazione delle Performance AST Ascoli Piceno prevista per l'anno 2024, rimane ad oggi vigente il regolamento di cui alla Determina DG ASUR 736/2020.

Con Determina n. 6 del 31/01/2024, poi modificata con Determina n. 62 del 19/03/2024, è stato adottato il PIAO dell'AST di Ascoli Piceno riferito al triennio 2024-2026.

## **2. Performance organizzativa**

La valutazione della performance organizzativa è legata al sistema di budgeting aziendale. Attraverso la negoziazione di budget vengono assegnati gli obiettivi ai differenti centri di responsabilità, il raggiungimento dei quali è oggetto di misurazione istruttoria a cura del Controllo di Gestione per l'attribuzione della quota del fondo di produttività/risultato.

Nell'anno 2023, il primo anno della AST Ascoli Piceno, in relazione al percorso di assegnazione di budget occorre considerare quanto segue.

- Con DGRM n. 1851 del 30 dicembre 2022, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale alla Gestione Provvisoria dei rispettivi Bilanci Economici Preventivi anno 2023 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali, nelle modalità e nei termini riportati nell'Allegato.
- Successivamente, con Determina DG AST Ascoli Piceno n. 242 del 30/03/2023 è stato adottato il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'AST di Ascoli Piceno – Anni 2023-2025". Il PIAO definisce, relativamente alla Performance 2023, gli obiettivi programmatici e strategici dell'AST Ascoli Piceno stabilendo il necessario collegamento della Performance Individuale ai risultati della Performance Organizzativa.
- In data 5 maggio 2023 è stata inviata a tutti i CDR con nota prot. 38103 del 09/05/2023 l'attribuzione provvisoria dei limiti di spesa 2023.
- In data 5 settembre 2023 il percorso di budget è stato illustrato nel corso del Collegio di Direzione.
- Contestualmente, nel mese di settembre si sono svolti incontri con i singoli Dipartimenti e con le UU.OO., a cui hanno partecipato sia i Direttori/Dirigenti delle UUOO, sia il Personale del Comparto al tempo individuato come Coordinatore o facente funzioni, condividendo in tale sede le linee operative della programmazione Aziendale, illustrate nei Collegi di Direzione già menzionati che hanno preso spunto dagli obiettivi regionali assegnati nel 2022.
- Con DGRM n. 1634 del 13/11/2023 la Regione Marche definisce e assegna ai Direttori Generali degli Enti SRR gli obiettivi per l'anno 2023, per cui il processo in itinere è stato rimodulato per recepire le nuove direttive regionali, con la conseguente revisione dei singoli obiettivi assegnati, portando a conclusione il percorso con la definizione delle schede di Budget per ogni singolo Centro di Responsabilità.

In allegato si riportano la scheda obiettivi regionali anno 2022 così come riportata nel PIAO 2023-2025 e la scheda obiettivi regionali anno 2023 così come riportata nel PIAO 2024-2026 sulla cui base sono state predisposte le schede di budget anno 2023.

Nel corso dell'anno 2023 gli obiettivi che presentavano maggiori criticità (per esempio alcuni indicatori NSG; liste di attesa), sono stati analizzati al fine di definire le azioni da intraprendere per il perseguimento degli obiettivi entro il 31/12/2023.

Per quanto riguarda gli obiettivi economici la reportistica è stata prodotta con cadenza mensile, attraverso l'invio alla Regione dei report di contabilità analitica.

Nel corso dell'anno 2023 la reportistica interna per CDR sia relativa alla componente economica sia

relativa alle attività sanitarie svolte è stata resa fruibile attraverso i cruscotti aziendali on line a cui si accede tramite account di struttura. I report di approfondimento ulteriori sono stati messi a disposizione, su richiesta degli interessati a cura dell'UOC Controllo di Gestione.

Il processo di valutazione della performance organizzativa 2023 è iniziato ed è tutt'ora in corso al momento di redazione del presente documento.

Si riportano di seguito i risultati della valutazione relativa agli obiettivi anno 2022, ultimo dato ora disponibile:

Struttura organizzativa	Risultato	v.a.	%
	100%- 95%	72	91,1%
CDR	95%- 60%	7	8,9%
	<60%	-	0,0%
<b>Totali</b>		<b>79</b>	<b>100,0%</b>

Il processo di definizione degli obiettivi e di negoziazione del budget per l'anno 2024 è stato avviato nel corso del mese di aprile con la costituzione del Comitato Budget, composto dal Direttore e dalla Posizione Organizzativa dell'UOC Controllo di Gestione, dal Direttore della Farmacia, dal Direttore della Direzione Sanitaria Ospedaliera, dal Direttore dell'UOC Governo Clinico e Gestione del Rischio, dai Direttori dei due Distretti aziendali. Contestualmente è stato svolto un corso di formazione interno diretto ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale, durante il quale sono state condivise le regole del processo di negoziazione di budget da attuare in via sperimentale nell'anno 2024 e che in seguito confluiranno nell'istituendo Regolamento di Budget.

Al termine del corso ogni Dipartimento è stato formalmente invitato a condividere e proporre due obiettivi bottom up dipartimentali, da realizzare isorisorse, che verranno inseriti nella scheda budget in corso di predisposizione.

Gli obiettivi in corso di definizione verranno classificati nelle seguenti categorie omogenee:

- obiettivi strategici regionali
- obiettivi strategici aziendali
- obiettivi trasparenza e contrasto alla corruzione
- obiettivi operativi su proposta dei Dipartimenti /Unità Operative di attività, di esito ed economici.

### 3. Performance individuale

Il sistema di misurazione e valutazione prevede correttamente l'utilizzo di una apposita scheda per la valutazione individuale differenziata nei contenuti in relazione al ruolo ricoperto da ciascun dipendente all'interno dell'organizzazione:

- per la dirigenza una scheda omogenea per direttore di dipartimento, direttore di unità operativa complessa e responsabile di struttura semplice,
- una scheda differenziata per i dirigenti titolari di incarichi professionali ai sensi dell'art. 27, co.1, lett. c) e d) del CCNL 08/06/2000;
- per il personale afferente al comparto una scheda omogenea per le categorie A, B, C e D,
- una scheda differenziata per i titolari di posizione organizzativa o di funzioni di coordinamento.

Si allegano i format delle schede individuali utilizzati nell'anno 2023.

Elemento comune di tutte le schede di valutazione individuali è la riconducibilità degli obiettivi alle due aree: risultati e comportamenti. Si evidenzia che, per la valutazione, viene utilizzato un apposito modulo compilabile attraverso un software del sistema di contabilità AREAS.

Il processo di valutazione della performance individuale anno 2023 non è ancora avviato al momento di redazione del presente documento. Si riportano di seguito i risultati della valutazione individuale relativa all'anno 2022.

CONTRATTO	Risultato	v.a.	%
DIRIGENZA	100%- 90%	506	99,2%
	89%- 60%	4	0,8%
<b>DIRIGENZA Totale</b>		<b>510</b>	<b>100,0%</b>
COMPARTO	100%- 90%	2.156	99,5%
	89%- 60%	10	0,5%
<b>COMPARTO Totale</b>		<b>2.166</b>	<b>100,0%</b>

#### 4. Lavoro agile

La disciplina di riferimento del lavoro agile è la legge 81/2017 (artt. 18-24), come da ultimo modificata dalla Legge 4 agosto 2022, n.122 (che ha convertito con modificazioni il D.L. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni), e si concreta in una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Durante le fasi dell'emergenza sanitaria COVID-19 lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile, in virtù del DL 18/2020 e di tutte le successive disposizioni normative ed indicazioni governative, ha costituito la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, prescindendo «dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n.81» (art.87, comma 1, d.l. n. 18/2020, conv. con modificazioni con la L. n. 27/2020, di seguito "Decreto Cura Italia").

L'evoluzione normativa in materia di lavoro agile ha di seguito subito una parabola dapprima

crescente, che ha portato ad un uso intensivo di detto istituto, per poi decrescere progressivamente (DPCM 23/09/2021, DM 08/10/2021) fino al ripristino del lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione, salva l'individuazione (DM 08/10/2021) delle condizioni e presupposti, sia organizzativi che individuali, per fare ricorso alla modalità agile in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei lavoratori e della qualità dei servizi.

La concessione del lavoro agile in forma semplificata ai dipendenti pubblici, in attuazione del citato DM 08/10/2021 e secondo le linee guida in materia del Dipartimento della Funzione Pubblica sulle quali era stata acquisita l'intesa della Conferenza Unificata in data 16/12/2021, a seguito di proroghe governative delle disposizioni ministeriali sopra citate (da ultimo D.L. 132/2023), è terminata il 31 dicembre 2023: a decorrere dal 1 gennaio 2024 il lavoro in modalità agile è consentito sul presupposto di accordi individuali tra i dipendenti pubblici e le amministrazioni di appartenenza, da regolamentare con l'individuazione delle misure organizzative e delle specifiche previsioni che si rendono necessarie in tal senso e secondo direttiva della direttiva "salva fragili" emanata in data 29/12/2023 dal Ministro della Funzione Pubblica.

Quanto alla normativa ordinaria in materia di lavoro agile, oltre alla citata Legge 81/2017, a partire da luglio 2020 occorre avere come riferimento normativo anche il c.d. POLA, Piano Operativo per il Lavoro Agile (disciplinato dall'art.14 L.124/2015), ossia un documento annuale che monitora le performance, gli obiettivi strategici ed operativi delle PA. Si tratta di una sezione del Piano triennale della performance, introdotto dalla Riforma Brunetta del 2009, che le amministrazioni pubbliche devono redigere ogni anno entro il 31 gennaio.

Il DL 80/2021 all'articolo 6 comma 6 (convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113) introduce il nuovo "Piano Unico" della PA, il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione", che accorpa, tra gli altri, i piani della performance, del lavoro agile, della parità di genere, dell'anticorruzione. I POLA confluiscono quindi in questo nuovo Piano unico, di durata triennale con aggiornamento annuale e da pubblicare dalle amministrazioni entro il 31 dicembre di ogni anno.

Nella sezione 5 (Organizzazione e capitale umano) del PIAO dell'AST di Ascoli Piceno relativo al triennio 2024 – 2026 il riferimento al lavoro agile è contenuto al punto 5.9: al riguardo, nel punto 5.3, è presente l'impegno – tra gli altri in materia di Politiche di gestione e sviluppo del personale – di procedere all'adozione di uno specifico regolamento aziendale sul lavoro agile in osservanza alle vigenti disposizioni di legge come sopra richiamate.

## **5. Piano delle azioni positive**

Il Piano di Azioni Positive si inserisce nell'ambito delle iniziative finalizzate a dare attuazione agli obiettivi di pari opportunità, così come prescritto dal D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198, "Codice delle pari

opportunità tra uomo e donna”.

In particolare l’art. 48 prevede che siano redatti Piani triennali di Azioni Positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. Anche la direttiva 23 maggio 2007 “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche” emanata dal Ministero per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione con il Ministero per i diritti e le pari opportunità, indica come sia importante il ruolo delle amministrazioni pubbliche ai fini della promozione e dell’attuazione dei principi delle pari opportunità e delle valorizzazioni delle differenze nelle politiche del personale.

La direttiva si pone l’obiettivo di dare piena attuazione alle disposizioni normative vigenti, facilitare l’aumento della presenza delle donne in posizioni apicali, sviluppare best practices volte a valorizzare l’apporto di lavoratrici e lavoratori, orientare le politiche di gestione delle risorse umane secondo le specifiche linee di azione. Il D.Lgs. 150/2009 (c.d. Riforma Brunetta) in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nell’introdurre il ciclo di gestione della performance, richiama i principi espressi dalla normativa in tema di pari opportunità, prevedendo che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerna, tra l’altro, anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La Direttiva n. 2/2019 emanata in data 26 giugno 2019, avente per oggetto “Misure per promuovere le Pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche”, sostituisce la precedente del 23 maggio 2007 ed aggiorna alcuni degli indirizzi forniti dalla Direttiva del 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei CUG. In particolare prevede, in ragione del collegamento con il Ciclo della Performance, che il Piano triennale di azioni positive debba essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il PIAO 2023 – 2025 conteneva un espresso richiamo, nella sezione 5 (Organizzazione e capitale umano), al Piano di Azioni Positive e Comitato Unico di Garanzia ( punto 5.3.5) Al riguardo si precisava che con determina del Commissario Straordinario dell’AST di Ascoli Piceno n. 11 del 16/01/2023 si era proceduto alla costituzione, ai sensi dell’art. 21 della L. 4/11/2010 n. 183, del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG). Il medesimo Comitato ha provveduto nella seduta del 26/01/2023 ad approvare il Piano delle Azioni Positive 2023-2025 “che sarà oggetto di recepimento con apposito provvedimento in corso di adozione.”

Detto ultimo provvedimento è stato adottato con determina n. 204 del 24/03/2023.

## **6. Obblighi informativi di trasparenza e piano triennale anticorruzione**

Si segnala che l'RPCT della AST di Ascoli Piceno ha svolto nel corso dell'anno un'attività di costante informazione fornendo indicazioni operative ai Responsabili/Referenti aziendali circa tutti gli adempimenti previsti dalla normativa di settore e dalle linee guida ANAC per la pubblicazione dei dati obbligatori individuati nell'ambito dello stesso PIAO 2023/2025 previsti nella predetta griglia degli obblighi di pubblicazione nel rispetto del Cronoprogramma della Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

Circa alcune criticità riscontrate in corso d'anno, spesso legate alla differente risposta dei vari servizi alle richieste e disposizioni impartite dal RPCT, è stata espletata una notevole azione propulsiva e di stimolo sui vari referenti delle articolazioni organizzative della AST al fine di garantire il rispetto degli adempimenti richiesti nei tempi dovuti e il maggior coinvolgimento del personale AST alla cultura della trasparenza.

Nello specifico si evidenzia il costante richiamo del RPCT all'aggiornamento e alla pubblicazione dei dati obbligatori nella Sezione "Amministrazione trasparente" con specifico riferimento alle Verifiche sullo stato dell'arte del I° e del II° semestre 2023 secondo i contenuti di cui alla c.d. Griglia degli obblighi di pubblicazione.

## **7. Definizione e gestione degli standard di qualità**

L'Azienda è impegnata nella definizione, nel monitoraggio e nell'aggiornamento degli standard di qualità contenuti nella carta dei servizi aziendali. Diverse UU.OO. aziendali hanno conseguito la certificazione di qualità.

Su Amministrazione Trasparente è pubblicato il link alla Guida ai Servizi online ed è pubblicata la tabella con gli indicatori di qualità prefissata a livello aziendale, che nella loro completezza compongono la Carta dei Servizi aziendale.

Nella parte della Guida ai Servizi la struttura è divisa per aree:

- Area Amministrativa
- Area Chirurgica
- Area Dipendenze Patologiche
- Area Emergenze
- Area Materno Infantile
- Area Medica
- Area Prevenzione
- Area Riabilitazione
- Area Salute Mentale



- Area Servizi
- Area Staff
- Area Territoriale
- Ufficio Relazioni con il Pubblico

Per ogni area secondo il DPCM 1995 relativo al contenuto della guida ai servizi, fornisce pertanto informazioni riguardanti: descrizione, attività, personale, contatti, orari di accesso al pubblico, modalità di accesso e tempistica.

La guida ai servizi è pubblicata al seguente link

<https://serviziweb.asur.marche.it/GASASUR/gas.php>

## **8. Analisi della Customer Satisfaction**

. Con riferimento al D.Lgs 150/2009 e ss.mm.ii. l'art 19 bis impone alle P.A. di favorire la valutazione partecipata dei servizi e di predisporre sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione da parte degli utenti, obbligo richiamato anche dal PIAO. In collaborazione con il Comitato di Partecipazione è stato realizzato il Portale dell'Ascolto, sezione del sito istituzionale. Tale sezione permetterà di acquisire la percezione/opinione che gli utenti hanno dei nostri servizi, attraverso la compilazione di questionari di gradimento online o attraverso la modulistica per segnalare disservizi, suggerire proposte o rilasciare encomi. La sezione è pubblicata al seguente link <https://www.asur.marche.it/web/portal/portale-ascolto>

E sono disponibili:

- Modulo segnalazioni/suggerimenti/encomi in formato word
- Questionari relativi ai servizi ospedalieri di degenza e ambulatoriali

A tale scopo è stata predisposta e affissa locandina con il QRcode che rimanda al link del Portale dell'Ascolto.

I risultati sono elaborati a livello centrale dal personale ex ASUR Marche e sono distribuiti per AST.

## **9. Descrizione delle modalità di monitoraggio dell'OIV**

L'OIV effettua il proprio monitoraggio attraverso la consultazione della documentazione pubblicata nella sezione amministrazione trasparente, della documentazione interna di volta in volta richiesta per l'analisi di specifiche questioni, e attraverso il confronto in apposite riunioni con il personale amministrativo e i Direttori di Dipartimento e/o di struttura. Periodicamente si raccorda con la Direzione generale, amministrativa e sanitaria anche riportando le criticità riscontrate.

Per l'anno 2023 le funzioni della struttura tecnica permanente sono state svolte dall'UOC Controllo

di Gestione con il supporto delle altre articolazione aziendali quando richiesto. Per l'anno 2024 l'Azienda intende disciplinare la composizione e le funzioni della Struttura Tecnica Permanente procedendo alla sua formalizzazione.

#### 10. Criticità rilevate e azioni di miglioramento indicate

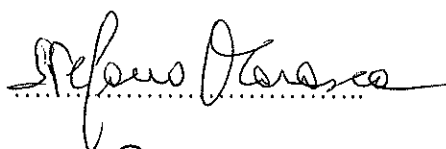
Date le premesse e le osservazioni contenute nei punti precedenti l'OIV, raccomanda quanto segue:

- 1- Negoziare in tempi congrui il budget aziendale in modo tale da consentire il conseguimento degli obiettivi ai CdR aziendali;
- 2- Completare il processo di revisione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance attraverso l'aggiornamento del Regolamento Aziendale;
- 3- Integrare maggiormente negli obiettivi aziendali e nel ciclo della performance gli obiettivi correlati alla trasparenza e alla lotta alla corruzione come espresso nel PIAO;
- 4- Provvedere al tempestivo adeguamento degli obiettivi aziendali all'emanazione di atti regionali;
- 5- Attivarsi per una migliore rappresentazione e una più chiara comunicazione degli assetti aziendali nel portale della trasparenza, anche individuando strumenti specifici in attesa della conclusione delle procedure regionali;
- 6- Implementare una reportistica direzionale attraverso la quale monitorare trimestralmente gli obiettivi di budget sottoscritti;
- 7- Implementare azioni per le pari opportunità e per il benessere organizzativo
- 8- Definire formalmente la composizione e le funzioni della struttura Tecnica Permanente;
- 9- Dare piena funzionalità al Portale dell'ascolto quale strumento per analisi della customer satisfaction.

Ascoli Piceno 30 Aprile 2024

*Firmato*

Prof. Stefano Marasca (Presidente)



Dott. Alberto Deales (Componente)



Dott.ssa Enrica Gambardella (Componente)



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

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

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

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

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

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



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

NSG	N. DGRM 1634	N.2024	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2024	AREA DI AFFERENZA
	44 S	1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibili del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Allevamenti avicoli controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R	N. allevamenti avicoli controllati	N. totale allevamenti avicoli	1% degli allevamenti - (DM 07/03/23)	SA
P09Z	27 S	2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%	SA
P09Z	28 S	3	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	SA
P10Z	21 S	4	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibili del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende apistiche controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	N. aziende apistiche controllate	N. totale aziende apistiche	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2023	SA
P10Z	19 S	5	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibili del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende bovine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% aziende)	N. aziende bovine controllate	N. totale aziende bovine	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2023	SA
P10Z	20 S	6	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibili del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende equine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (5% aziende)	N. aziende equine controllate	N. totale aziende equine	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2023	SA
P10Z	18 S	7	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibili del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2023	SA
P10Z	23 S	8	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Piano Nazionale Alimentazione animale	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmati	100%	IAPZ
P09Z	32 S	9	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457 - 26/02/2010; Nota dsaf 1618 N. DEL	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano Salmonellosi	100%	SA
P12Z	25 S	10	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	IAPZ
P13Z	39 S	11	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	RADIAZIONI IONIZZANTI D Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 - Attuazione delle direttive 1999/2 CE e 1999/3/ce: (PAMA)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%	IAN
P12Z	26 S	12	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N. campioni effettuati per il PCCA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste	IAN
P12Z	24 S	13	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	IAN
P13Z	36 S	14	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI	% campioni effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare	IAOA - IAN
P11Z	34 S	15	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di	% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%	IAPZ
P11Z	33 S	16	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaie e polli da carne	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%	IAPZ
P11Z	35 S	17	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di	% controllo per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2099)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	IAPZ
	40 S	18	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%	IAOA
P13Z	38 S	19	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dal Reg. 882/04 e Reg. 854/04, DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA	100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	IAN - IAOA	
P09Z	29 S	20	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero di bovini morti	≥ 85%	SA
P09Z	30 S	21	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini e caprini morti	100% del valore atteso	SA
P09Z	31 S	22	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini e caprini morti	100% del valore atteso	SA
	46 S	23	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ACQUE MINERALI - D. Lgs 176/2011 "Attuazione della direttiva 2009/54/CE, sull'utilizzazione	% di controlli effettuati sui controlli previsti (alle sorgenti utilizzate e agli impianti di imbottigliamento) secondo le circolari ministeriali e DDPF 49/2017	N. di campionamenti effettuati	N. totale dei campionamenti previsti da circolari e DDPF 49/2017	> 90%	IAN
	45 S	24	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO - DLgs 18/2023	% di controlli esterni effettuati sui controlli previsti secondo la frequenza di campionamento indicata nel DLgs 18/2023	N. di campionamenti effettuati	N. totale dei campioni previsti dal DLgs 18/2023	> 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato)	IAN
P08Z	11 S	25	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Sicurezza dei prodotti chimici Controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	% imprese controllate su imprese programmate	N. imprese controllate	N. imprese programmate	>=95%	PSAL
	49 S	26	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	% Inserimento dei controlli ufficiali nel sistema informativo Datafarm	N. totale controlli ufficiali inseriti	N. totale controlli ufficiali effettuati	100%	IAN IAOA

NSG	N. DGRM 1634	N.2024	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2024	AREA DI AFFERENZA
P15C	5 S	27	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	SCREENING
P15C	4 S	28	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza - 5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	SCREENING
P15C	3 S	29	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (toleranza - 5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	SCREENING
P10Z	17 S	30	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Stabilimenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle stabilimenti e 5% dei capi)	N. Stabilimenti ovi-caprini controllati	N. totale stabilimenti ovi-caprini	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2023	SA
P10Z		31	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Stabilimenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle stabilimenti e 5% dei capi)	N. totale capi ovi-caprini controllati	N. totale capi ovi-caprini	≥ 5% dei capi	SA
	43 S	32	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	CONTROLLI BIOSICUREZZA STABILIMENTI SUINI	% Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per biosicurezza (1% degli stabilimenti e 33% stabilimenti sembradi commerciali aperti con capi)	N. stabilimenti suinicoli controllati per biosicurezza	N. totale allevamenti suinicoli	≥1% degli stabilimenti e ≥33% stabilimenti sembradi commerciali aperti con capi	SA
	48 S	33	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	PROGRAMMAZIONE CONTROLLI UFFICIALI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	%i controlli ufficiali effettuati sul programmato (sulla base della programmazione inviata al Settore PVSA)	N. totale controlli ufficiali effettuati	N. totale controlli ufficiali programmati	100%	IAN IAOA
	14 S	34	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	%Indicatori certificativi raggiunti per anno 2024	N. Indicatori PRP per anno 2024 raggiunti	N. Indicatori PRP per anno 2024	≥ 70%	PREVENZIONE
	41 S	35	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Potenziamento dell'attività di rischio in sicurezza alimentare (Reg 178/2002, al 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmate dall'Autorità competente locale per ciascuna A.V. entro il 31.12.2024		Report interdisciplinare di Area Vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	SA - IAN - IAOA - IAPZ
P10Z	22 S	36	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	FARMACOSORVEGLIANZ A - attività di ispezione e verifica art. 88 D Lgs n. 193/2006. Nota DGSAF n. 1486 del 26/01/2012; DM 14/09/2019 e nota DGSAF 13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art 71 comma 3, art 70 comma 1, art 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n. 193/2006	N. totale degli operatori controllati	N. totale degli operatori controllabili	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	IAPZ
	16 S	37	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Screening HCV popolazione	Avvio campagna screening HCV popolazione nati 1969-1989	Avvio nelle AST della campagna di screening		Comunicazione avvio campagna	SCREENING
P01C	1 S	38	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	Obiettivo minimo: >92% con incremento del valore dello scorso anno (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	ISP
P02C	2 S	39	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	Obiettivo minimo: superamento valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	ISP
P06C	7 S	40	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per antinfluenza	Popolazione ≥ 65 anni residente	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	ISP
P13Z	37 S	41	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	IAN
	15 S	42	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Piano Pandemico Regionale 2021-2023 (DGR 188/2022)	Definizione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale	Determina Piano Pandemico		Approvazione e trasmissione atto	ISP CD
	12 S	43	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali in ciascuna Area Vasta per l'attuazione dei Programmi del PRP	Determina in ciascuna AV		Approvazione e trasmissione atto	PREVENZIONE
	6 S	44	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Attività vaccinale anti Sars-Cov-2 -	Inclusione nel Piano Pandemico aziendale di azioni di preparedness a campagne vaccinali da condursi in emergenza a fronte di ondate pandemiche di tipo influenzale o analoghe	Piano Pandemico aziendale redatto e formalmente adottato, comprensivo di documentazione di preparedness a campagne vaccinali da condursi in emergenza a fronte di ondate pandemiche di tipo influenzale o analoghe		adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali	ISP CD
	52 S	45	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	PSA - PRIU	Numero di carcasce suine esaminate negli stabilimenti suini con capacità fino a 50 capi e/o allevamenti siti nelle zone a maggior rischio come indicato nella valutazione del rischio alliegata al PRIU			≥ 10	SA
	51 S	46	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE		Numero di ispezioni effettuate presso canili e/o gattili e rifugi	N. totale ispezioni effettuate	N. totale ispezioni programmate	100%	SA

NSG	N. DGRM 1634	N.2024	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2024	AREA DI AFFERENZA
	47 S	47	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	PRODOTTI FITOSANITARI DDPF VSA n. 28 del 25/02/2021 "Piano regionale di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari per il periodo 2021-2024" e indirizzi operativi ministeriali: DGISAN /I.4.c.c.8.2/2022/1	Numero di ispezioni effettuate presso le attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari sul numero di attività autorizzate	N. di ispezioni effettuate presso le attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari	N. di attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari autorizzate	> 20%	IAN
	51 S	48	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	IGIENE URBANA VETERINARIA	Numero di ispezioni effettuate presso strutture veterinarie	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2023 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	N. totale ispezioni programmate	100%	SA
	13 S	49	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale	Numero riunioni effettuate		>=3	PROM SALUTE
P07C	8 S	50	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere, anche in relazione all'andamento dell'emergenza pandemica	N. aziende controllate e /o assistite	numero aziende con almeno 1 dipendente	>= 5%	PSAL
	10 S	51	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2022	Numero schede cause di morte registrate anno 2022	Numero totale schede cause di morte anno 2022	100%	MEDICINA LEGALE
	9 S	52	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2023)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2023)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2023)	100%	DIP EME
	42 S	53	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	PIANO NAZIONALE MICOTOSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	100%	IAN
	91 S	54	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% abbandoni PS	N° pazienti con esito 5-6-7	N° totale pazienti	<= 203	DIP EME
	80 S	55	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% DRG Medici da reparti chirurgici (esclusi dimessi da Cardiocirurgia pediatrica (Cod 06) e Nefrologia - Tr Rene (Cod. 48) + (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 203	DMO DIP CHI
H03C	82 S	56	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella			<= 203	DMO DIP CHI
H17C	73 S	57	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun progresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	<= 20%	DMI
H18C	74 S	58	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti > 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti > 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun progresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti > 1000	<= 20%	DMI
H13C	71 S	59	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti sottoposti a diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	>= 203	DIP CHI-DIP EME-DMO
	87 S	60	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti			<= 203	DIP EME
	88 S	61	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti			<= 203	DIP EME
	90 S	62	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti			>= 75%	DIP EME
	89 S	63	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti			>= 75%	DIP EME
H05Z	72 S	64	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	>= 203	DIP CHI
	79 S	65	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) + (esclusi ricoveri urgenti)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	>= 203	DMO DIP CHI
	81 S	66	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	Ricoveri medici >= 65 anni	<= 203	ASSISTENZA DISTRETTUALE
	96 S	67	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Trapianti	Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti	Istituzione del Comitato con atto e realizzazione di almeno 1 incontri del Comitato		invio atto e verbale entro il 31/11/2024	DMO
	78 S	68	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	< 203	DIP CHI-DIP EME-DMI - DMO
	97 S	69	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Trapianti	Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione cornee	Predisposizione documento e recepimento formale		invio atto entro il 31/12/2024	DIP EME
	92 S	70	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Trapianti	N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrotesi deceduti in T.I.			> 203	DIP EME
	95 S	71	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Trapianti	N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			> 203	DIP EME
	93 S	72	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Trapianti	N° donatori di cornee			> 203	DIP EME
H11Z	94 S	73	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Trapianti	N° donatori multitesuto			> 203	DIP EME
H02Z	75 S	74	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui		>= 98%	DIP CHI
H04Z	70 S	75	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute	<= 0,15	DMO-DMI-DSM-DIP EME-DIP MED
H07Z	77 S	76	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2024		<= 203	DIP MED-DMO-DIP MED
H06Z	76 S	77	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2024		<= 203	DIP MED-DMO-DIP EME-DIP CHI-DIP MED
H19S	83 S	78	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita	recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A			<= 203	DMI
	86 S	79	C. LISTE DI ATTESA	recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero			>= 90%	DMO DMI
	84 S	80	C. LISTE DI ATTESA	recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla cervice			>= 90%	DMO DIP CHI
	62 S	81	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende	(N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2024) - (N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2023)	(N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2023)	>10%	DMO-ASSISTENZA DISTRETTUALE
	63 S	82	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Inserimento nelle liste di pre-appointment (liste di garanzia) di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto al pre-appointment e che non hanno rifiutato lo stesso, inseriti nelle liste di garanzia con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto al pre-appointment e che non hanno rifiutato lo stesso	>= 99%	DMO-ASSISTENZA DISTRETTUALE

NSG	N. DGRM 1634	N.2024	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2024	AREA DI AFFERENZA
	61 S	83	C. LISTE DI ATTESA	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità	N. totale delle richieste di prestazioni		>90%	DMO- ASSISTENZA DISTRETTUALE
D10Z	59 S	84	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica;	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale)	>90%	DMO- ASSISTENZA DISTRETTUALE
D11Z	60 S	85	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica;	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	DMO- ASSISTENZA DISTRETTUALE
D30Z	57 S	86	D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)	ASSISTENZA DISTRETTUALE
	65 S	87	D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	Attività legate all'attuazione del PNRR	Definizione dei modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CoC, OdC, COI) aziendali previste dalla DGR 559/22 secondo gli standard del DM 77/22	Produzione documento attestante i modelli assistenziali secondo gli standard del DM 77/2022		Report entro il 31/01/2025	ASSISTENZA DISTRETTUALE
	109 S	88	D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio	Diminuzione del 3% rispetto al 2022	N° TSO a Residenti Maggiorenni	Popolazione Residente	< 2023	DSM
D09Z	89		D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul		<=18	DIP EME
	64 S	90	D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali, inclusive delle prestazioni di cui al PNGLA, relativi all'attività erogabile dalle strutture private	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore Territorio e integrazione Sociosanitaria, attestante la		Reportistica inviata entro il 31/01/2025	DAT-ASSISTENZA DISTRETTUALE
	16 E	91	D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	Spesa relativa all'assistenza protesica	Riduzione o mantenimento della spesa relativa agli acquisti sanitari per l'assistenza protesica rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio 2023 (CE BA0750)			≤ 2023	DAT - dip med - assistenza distrettuale
D22Z	53 S	92	D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0.14 - 0.30)		≥ 4,00 x 1000 ab	ASSISTENZA DISTRETTUALE
D22Z	54 S	93	D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0.31 - 0.50)		≥ 2,50 x 1000 ab	ASSISTENZA DISTRETTUALE
D22Z	55 S	94	D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (> 0.50)		> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	ASSISTENZA DISTRETTUALE
	3 E	95	D. ASSISTENZA DISTRETTUALE	Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L.	Variazione annuale totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture	(Totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da		<=0	DAT
D27Z	58 S	96	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤ 5.0	SALUTE MENTALE
	66 S	97	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Implementazione Percorso Nascita	Costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale	Produzione entro il 31/12/2024 determina attestante la costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale		Trasmissione Determina	DMI Assistenza Distrettuale
D33Z	56 S	98	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Assistenza residenziale	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		>41 x 1000 ab ≥ 75aa	ASSISTENZA DISTRETTUALE
	14 E	99	F. SPESA FARMACEUTICA	Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo	90 % Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND (CND Z "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad eccezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione			> 90%	FARMACIA TERRITORIALE - FARMACIA OSPEDALIERA - Ufficio Acquisti e Logistica
	6 E	100	F. SPESA FARMACEUTICA	Spesa farmaceutica convenzionata netta	Assegnazione del tetto della spesa della farmaceutica convenzionata per ciascuna AST calcolato sulla base dei dati rilevati dalle Distrette contabili riepilogative mensili (DCR) del 2024			tetto 2024	FARMACIA TERRITORIALE - ASSISTENZA DISTRETTUALE
	12 E	101	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto scadenze per le relazioni afferenti agli adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci	I dati e le motivazioni di scostamento richieste devono pervenire entro 7-10 giorni dalla richiesta ARS	rispetto delle scadenze		100%	FARMACIA OSPEDALIERA
	15 E	102	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto tempistica di validazione dei rapporti	L'intervallo tra la data dell'incidente e la data di validazione nella rete di dispositivo vigilanza deve essere inferiore a 3			100%	FARMACIA OSPEDALIERA
	13 E	103	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto tempistica di inserimento delle schede di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini nella rete di	L'intervallo tra la data di segnalazione e la data di inserimento nella rete di farmacovigilanza deve essere inferiore a 7 giorni			100%	FARMACIA OSPEDALIERA
	9 E	104	F. SPESA FARMACEUTICA	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e riduzione del rischio clinico	Mantenimento UFA n. 1 per provincia			100%	FARMACIA OSPEDALIERA
	8 E	105	F. SPESA FARMACEUTICA	Ispezioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate	N. ispezioni presso le farmacie convenzionate		15	Farmacia territoriale
	11 E	106	F. SPESA FARMACEUTICA	Anagrafica dispositivi medici in AREAS	Normalizzazione anagrafica dispositivi medici entro il 31/12/2024			rendicontazione entro il 28/02/2025	FARMACIA OSPEDALIERA FARMACIA TERRITORIALE uff acquisti
	10 E	107	F. SPESA FARMACEUTICA	Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione o mantenimento della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi (BA0220, BA0230 e BA0240)			≤ 2023	FARMACIA TERRITORIALE - FARMACIA OSPEDALIERA - Obiettivi Comuni a tutte le aree
D14C	7 E	108	F. SPESA FARMACEUTICA	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata (Per ASUR: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico) (Per AA00 e INRCA: ATC)	Variazione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AA00 e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	N° DDD antibiotici: anno 2024-2023		valore negativo	DIP CHI-DIP MED-DM - ASSISTENZA DISTRETTUALE - FARMACIA TERRITORIALE - FARMACIA OSPEDALIERA
	5 E	109	F. SPESA FARMACEUTICA	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica acquisti diretti del 4% rispetto alla spesa del 2023. Sono inclusi i farmaci innovativi.	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	≤ + 4%	FARMACIA TERRITORIALE - FARMACIA
	30 E	110	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Assessment della cybersecurity con definizione del catalogo servizi	% servizi e relativi processi interessati dall'assessment sul totale	Numero di servizi e relativi processi su cui è stato fatto un assessment cybersecurity	Totale servizi erogati (formalizzati nel catalogo)	relazione	sia
	2 E	111	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2024 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2024	<5% (Al netto di no di fatture su cui insiste un contenzioso)	Sistemi informativi - URP - Ufficio Acquisti logistica -

NSG	N. DGRM 1634	N.2024	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2024	AREA DI AFFERENZA
		112	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Anticorruzione e Trasparenza	1) Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata con PTPCT			almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti dalla Griglia	Formazione
		113	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Anticorruzione e Trasparenza	2) Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente"			Invio report 1° semestre entro il 31/07/24 e report 2° semestre entro il 31/01/2025	Formazione
		114	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Anticorruzione e Trasparenza	3) Trasmissione Relazione annuale del Referente sull'attività svolta dall'A.V. (rif. Determina n. 55/2018)			Invio nota protocollata entro il 11/12/2024	Formazione
		115	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Anticorruzione e Trasparenza	4) Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari per la mappatura dei processi per l'anno successivo			Invio modifiche alla tabella e questionari per la mappatura entro il 11/12/2024	Formazione
		116	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Anticorruzione e Trasparenza	5) Invio scheda ANAC compilata con i dati per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT			Invio scheda in excel entro il 15/01/2025	Formazione
1 E		117	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Rispetto del budget dei costi	ASUR, AAOO e INRCA: Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo	(Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024) -		≤ 0	OBIETTIVI COMUNI
69 S		118	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA		Evidenza dell'appalto affidato			avviare le procedure di verifica della vulnerabilità sismica per almeno un presidio ospedaliero	UFF. TECNICO
19 K		119	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO PNRR	Flussi PNRR: Avvio del Flusso informativo sanitario del Consultorio (SICOF)	Adempienti alla fase di test		Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	SIA
20 K		120	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO PNRR	Flussi PNRR: Avvio del Flusso Informativo sanitario di Riabilitazione	Adempienti alla fase di test		Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	SIA
15 K		121	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO EMUR	Flusso EMUR PS + EMUR 118: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso EMUR PS + EMUR 118	totale record inviati flusso EMUR PS + EMUR 118	>=85%	DIP EME
14 K		122	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO EMUR	Flusso EMUR PS + EMUR 118: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	DIP EME
3 K		123	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO FAR	Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sui nuovi ammessi (cut-off 80/120%)	Nuovi Ammessi Flusso FAR	Nuovi Ammessi modello STS24	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +20%	ASSISTENZA DISTRETTUALE
2 K		124	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO FAR	Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sul totale utenti (cut-off 80/120%)	Totale Utenti Flusso FAR	Totale utenti modello STS24	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +20%	ASSISTENZA DISTRETTUALE
1 K		125	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO FAR	Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	ASSISTENZA DISTRETTUALE
16 K		126	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO Farmaceutica	Flusso Farmaceutica: rispetto tempistica invio (Mensile)			rispetto delle scadenze	FARMACIA TERRITORIALE
18 K		127	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO C	Flusso File C: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso File C	totale record inviati flusso File C	>=85%	DIP SER-DIP EME-DIP CHI - DIP MED-DMI-DMO
17 K		128	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO C	Flusso File C: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	LAB. ANALISI DISTRETTO
9 K		129	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO R	Flusso File R: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	ASSISTENZA DISTRETTUALE
6 K		130	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO HOSPICE	Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	hospice
13 K		131	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO SDO	Flusso SDO: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso SDO	totale record inviati flusso SDO	>=85%	dao-dip chi-dip med-dmi-dsm
12 K		132	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO SDO	Flusso SDO: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	DAO
4 K		133	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO SIAD	Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	ASSISTENZA DISTRETTUALE
8 K		134	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO SIND	Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off >=90%)	Totale utenti SIND anno 2024	Totale utenti SIND anno 2023	>=90%	SERT
7 K		135	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO SIND	Flusso SIND: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	SERT
11 K		136	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO SISM	Flusso SISM: indicatore di referenzialità, numero soggetti inseriti in anagrafica in rapporto al numero soggetti con prestazioni territoriali - target >=80%	Numero Soggetti inseriti in anagrafica (parte territoriale) SISM	Numero soggetti con prestazione territoriale SISM	>=80%	DSM
10 K		137	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO SISM	Flusso SISM: rispetto tempistica invio (Semestrale)			Alimentazione completa con dati per Semestre	DSM
23 E		138	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione	Partecipazione della Direzione generale e delle figure apicali degli Enti del SSR ad almeno un intervento formativo inerente l'avvio del Piano Operativo "Formazione FSE"		100%	Formazione

NSG	N. DGRM 1634	N.2024	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2024	AREA DI AFFERENZA
	24 E	139	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione	Partecipazione della Direzione generale e delle figure apicali degli Enti del SSR ad almeno un intervento formativo inerente l'avvio del Piano Operativo "Formazione FSE"		100%	Formazione
	39 E	140	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimento 1.2.2 Implementazione delle C.O.T.	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	UFF. TECNICO
	40 E	141	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	UFF. TECNICO
	33 E	142	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS - REGIONE MARCHE)	Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	UOC Acquisti (solo per tecnologie)
	36 E	143	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS - REGIONE MARCHE)	Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione DEA I e II livello.	Gare AQ - Consip da pubblicare e contratti servizi digitalizzazione conclusi o in fase di aggiudicazione	Gare AQ - Consip pubblicati e contratti servizi digitalizzazione conclusi o in fase di aggiudicazione	1	UOC Acquisti (solo per tecnologie) SIA/Acquisti (Ammodernamento)
	35 E	144	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS - REGIONE MARCHE)	Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNC	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	UFF. TECNICO
	32 E	145	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS - REGIONE MARCHE)	Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.3.1 Ammodernamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte"	Tipologia di documenti (esclusi LIS e RIS) prodotti in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettato nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per"		≥ 1	sia (FSE)
	34 E	146	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS - REGIONE MARCHE)	Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNRR	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	NO	UFF. TECNICO
	38 E	147	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	UFF. TECNICO
	37 E	148	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Investimento 1.1.1 Rafforzamento strutturale SSN ("Progetti in essere" ex art. 2, D. L. 34/2020)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	UOC Acquisti (solo per tecnologie) Tecnico (Opere Rafforzamento)
	31 E	149	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Definizione di una organizzazione per la cybersecurity dei servizi a catalogo	Presenza di una organizzazione di responsabili per la cybersecurity di servizi e relativi processi	Numero di responsabili assegnati alla cybersecurity	Totale dei responsabili necessari per implementare l'organizzazione che gestisce la cybersecurity	relazione	sia
	22 E	150	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Formazione e PNRR	Realizzazione del Corso base di cui al Piano Formativo Regionale sulle ICA (DGR n.398/2023)	Produzione Modulo D - Comitati ICA		Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2023 e relativo report	Formazione
	28 E	151	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	Relazione sull'eventuale mancata interoperabilità tra i Sistemi Informativi che richiedono un coordinamento a livello regionale ai sensi dell'art. 43 della L. R.	Relazione	Entro il 31.12.2024	SIA
	22 K	152	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	Invio Trimestrale Anagrafe Vaccinale (percorso Vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No-Covid-19)			Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	ISP
	5 K	153	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	FLUSSO SIAD	SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC) - Target >=60%	Totale Prese in carico (PIC) con valutazione/rivalutazione effettuata nei 90 giorni previsti	Totale Prese in carico (PIC) con prima valutazione	>=80%	ASSISTENZA DISTRETTUALE
	21 K	154	H. AREA AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICA	1) Invio settimanale dati posti letto e ricoveri				Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid-19	DMO
	17 E	155	I. RISORSE UMANE	rispetto del tetto di spesa del personale	rispetto del tetto del tetto di spesa (art. 11, comma 1 D.L. 35/2019 convertito in Legge 60/2019)	Spesa anno 2023 (secondo i criteri dell'adempimento AG)	Tetto di spesa assegnato per l'anno 2023 con specifica DGR	100%	Area Personale
	20 E	156	I. RISORSE UMANE	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Produzione documentazione attestante la definizione del budget assegnato alle prestazioni aggiuntive		Produzione reportistica trimestrale	Area Personale
	21 E	157	I. RISORSE UMANE	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Report dei costi periodici per prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita dal Settore Risorse umane e form. per Area contrattuale nel periodo di competenza, previsione del costo annuale e scostamento col budget assegnato		Produzione reportistica trimestrale	Area Personale
	18 E	158	I. RISORSE UMANE	Contenimento del precariato	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore Risorse umane e formazione, attestante il personale in servizio (in termini di UE e costo) con convenzioni interaziendali, con contratti di lavoro		Produzione reportistica trimestrale	Area Personale
	19 E	159	I. RISORSE UMANE	Contenimento del precariato	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2024 - N. UE relative a contratti flessibili anno 2023	N. UE relative a contratti flessibili TD anno 2023 (al netto delle assunzioni per	< 2023	Area Personale
	29 E	160	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO	Codifica unitaria di tutti i prodotti aziendali	% prodotti a listino riconducibili alla codifica unica regionale ovvero completi di tutte le informazioni di dettaglio necessarie	Indice di completezza informativa dei prodotti codificati ex novo o corretti nel 2023	Indice di completezza informativa dei prodotti movimentati e codificati o	20%	acquisti uff tec FARMACIA OSPEDALIERA
	26 E	161	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO	Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialisti)	% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	n. ricette dematerializzate farmaceutica	Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	DMO- ASSISTENZA DISTRETTUALE
	25 E	162	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti)	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale	n. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale	Numero totale ricette specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	DAT
	27 E	163	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale non gestite correttamente	n. ricette dematerializzate non gestite correttamente (stato della ricetta: prescritto)	< 10%	DMO- ASSISTENZA DISTRETTUALE

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



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

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

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