

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
REPARTI CHIRURGICI	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORARE I PRINCIPALI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA E QUALITÀ ATTRAVERSO UN COSTANTE CONFRONTO CON LE RISULTANZE MEDIE DELLE ASL PUGLIESI	PORRE IN ESSERE OGNI AZIONE FINALIZZATA A MIGLIORARE GLI INDICATORI CHE PRESENTANO UN ANDAMENTO NON IN LINEA CON LA MEDIA REGIONALE DELLE ASL PUGLIESI	BENCHMARK REGIONALE SU INDICATORI ANNO 2020 REPARTI CHIRURGICI (1 DEG MEDIA; 2 DRG MEDIO; 3 CASE MIX; 4 DEG POST OPERATORIA; 5 APPROPRIATEZZA CHIRURGICA; 6 APPROPRIATEZZA DRG LEA/DRG TOTALI; 7) DIMISSIONI VOLONTARIE	IL CALCOLO DEGLI INDICATORI VERRÀ EFFETTUATO UTILIZZANDO LE INFORMAZIONI PRESENTI NEL SISTEMA EDOTTO E CONFRONTANDO CIASCUN INDICATORE CON QUELLO MEDIO REGIONALE.	1)VAL. PESSIMA < 2 INDICATORI NEGATIVI RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE DELLE ASL PUGLIESI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA SE ESISTONO ALMENO 2 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE DELLE ASL PUGLIESI RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA SE ESISTONO ALMENO 3 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE DELLE ASL PUGLIESI RICONOSCIMENTO 50% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA SE ESISTONO ALMENO 4 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE DELLE ASL PUGLIESI RICONOSCIMENTO 80% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA SE ESISTONO ALMENO 5 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE DELLE ASL PUGLIESI. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	Almeno 4 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 4 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 5 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale
REPARTI MEDICI	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORARE I PRINCIPALI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA E QUALITÀ ATTRAVERSO UN COSTANTE CONFRONTO CON LE RISULTANZE MEDIE DELLE ASL PUGLIESI	PORRE IN ESSERE OGNI AZIONE FINALIZZATA A MIGLIORARE GLI INDICATORI CHE PRESENTANO UN ANDAMENTO NON IN LINEA CON LA MEDIA REGIONALE DELLE ASL PUGLIESI	BENCHMARK REGIONALE SU INDICATORI ANNO 2020 REPARTI MEDICI (1 DEG MEDIA; 2 DRG MEDIO; 3 CASE MIX; 4 APPROPRIATEZZA DRG LEA/DRG TOTALI; 5) DIMISSIONI VOLONTARIE;	IL CALCOLO DEGLI INDICATORI VERRÀ EFFETTUATO UTILIZZANDO LE INFORMAZIONI PRESENTI NEL SISTEMA EDOTTO E CONFRONTANDO CIASCUN INDICATORE CON QUELLO MEDIO REGIONALE.	1)VAL. PESSIMA OVE SUSSISTA UN SOLO INDICATORE POSITIVO RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE DELLE ASL PUGLIESI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA SE ESISTONO ALMENO 2 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE DELLE ASL PUGLIESI RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA 3 OBIETTIVI SU 5 MIGLIORI DELLA MEDIA REGIONALE RICONOSCIMENTO 80% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. OTTIMA ALMENO 4 INDICATORI SU 5 MIGLIORI DELLA MEDIA REGIONALE. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	Almeno 4 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 4 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 5 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale
REPARTI CHIRURGICI	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORARE I PRINCIPALI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA E QUALITÀ ATTRAVERSO UN COSTANTE CONFRONTO CON LE RISULTANZE DELL'ANNO PRECEDENTE.	PORRE IN ESSERE OGNI AZIONE FINALIZZATA A MIGLIORARE GLI INDICATORI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE.	BENCHMARK ANNO PRECEDENTE SU INDICATORI REPARTI CHIRURGICI (1 DEG MEDIA; 2 DRG MEDIO; 3 CASE MIX; 4 DEG POST OPERATORIA; 5 APPROPRIATEZZA CHIRURGICA; 6 APPROPRIATEZZA DRG LEA/DRG TOTALI; 7) DIMISSIONI VOLONTARIE	IL CALCOLO DEGLI INDICATORI VERRÀ EFFETTUATO UTILIZZANDO LE INFORMAZIONI PRESENTI NEL SISTEMA EDOTTO E CONFRONTANDO CIASCUN INDICATORE CON QUELLO DELL'ANNO PRECEDENTE	1)VAL. PESSIMA < 2 INDICATORI NEGATIVI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA SE ESISTONO ALMENO 2 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA SE ESISTONO ALMENO 3 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 50% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA SE ESISTONO ALMENO 4 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 80% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA SE ESISTONO ALMENO 5 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	Almeno 3 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 3 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 4 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale
REPARTI MEDICI	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORARE I PRINCIPALI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA E QUALITÀ ATTRAVERSO UN COSTANTE CONFRONTO CON LE RISULTANZE DELL'ANNO PRECEDENTE.	PORRE IN ESSERE OGNI AZIONE FINALIZZATA A MIGLIORARE GLI INDICATORI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE.	BENCHMARK ANNO PRECEDENTE SU INDICATORI REPARTI MEDICI (1 DEG MEDIA; 2 DRG MEDIO; 3 CASE MIX; 4 APPROPRIATEZZA DRG LEA/DRG TOTALI; 5) DIMISSIONI VOLONTARIE;	IL CALCOLO DEGLI INDICATORI VERRÀ EFFETTUATO UTILIZZANDO LE INFORMAZIONI PRESENTI NEL SISTEMA EDOTTO E CONFRONTANDO CIASCUN INDICATORE CON QUELLO DELL'ANNO PRECEDENTE	1)VAL. PESSIMA OVE SUSSISTA UN SOLO INDICATORE POSITIVO RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA SE ESISTONO ALMENO 2 INDICATORI POSITIVI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA 3 OBIETTIVI SU 5 MIGLIORI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 80% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. OTTIMA ALMENO 4 INDICATORI SU 5 MIGLIORI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	Almeno 3 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 3 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 4 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale
PRONTO SOCCORSO	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA AREA EMERGENZA-URGENZA	INCREMENTO TEMPESTIVITÀ DELLE PRESTAZIONI	% ACCESSI IN P.S. CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI (IND. MES C16.1)	EDOTTO DIREZIONALE - NR. CODICI GIALLI CON TEMPI DI ATTESA <= 30 MIN./NR. TOTALI CODICI GIALLI	1)VAL. PESSIMA < 60.00 RICONOSC 0%;2)VAL. SCARSA 60.00 - 70.00 RICONOSC 0%;3)VAL. MEDIA 70.00 - 80.00 RICONOSC 75%;4)VAL. BUONA 80.00 - 90.00 RICONOSC 95%;5)VAL. OTTIMA > 90.00 RICONOSC 100%;PRONTO SOCCORSO;	> 80%	> 85%	> 90%
PRONTO SOCCORSO	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA AREA EMERGENZA-URGENZA	INCREMENTO TEMPESTIVITÀ DELLE PRESTAZIONI	% ACCESSI IN P.S. CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 60 MINUTI (IND. MES C16.2)	EDOTTO DIREZIONALE - NR. CODICI VERDE CON TEMPI DI ATTESA <= 60 MIN./NR. TOTALI CODICI VERDE	1)VAL. PESSIMA < 60.00 RICONOSC 0%;2)VAL. SCARSA 60.00 - 70.00 RICONOSC 0%;3)VAL. MEDIA 70.00 - 80.00 RICONOSC 75%;4)VAL. BUONA 80.00 - 90.00 RICONOSC 95%;5)VAL. OTTIMA > 90.00 RICONOSC 100%;PRONTO SOCCORSO;	> 80%	> 85%	> 90%
PRONTO SOCCORSO	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA AREA EMERGENZA-URGENZA	MIGLIORAMENTO FUNZIONE FILTRO DEL PRONTO SOCCORSO	% RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO IN REPARTI CHIRURGICI CON DGR CHIRURGICO ALLA DIMISSIONE (IND. MES C16.7)	SDO CAMPO PROVENIENZA PAZIENTE CODICE "02"; CAMPO TIPO DI RICOVERO "2"	1)VAL. PESSIMA < 45.00 RICONOSC 0%;2)VAL. SCARSA 45.00 - 55.00 RICONOSC 0%;3)VAL. MEDIA 55.00 - 65.00 RICONOSC 75%;4)VAL. BUONA 65.00 - 75.00 RICONOSC 95%;5)VAL. OTTIMA > 75.00 RICONOSC 100%;PRONTO SOCCORSO;	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
PRONTO SOCCORSO	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA AREA EMERGENZA-URGENZA	MIGLIORAMENTO QUALITÀ PERCEPITA	ABBANDONI DA PRONTO SOCCORSO (IND. MES D9)	EDOTTO - REGISTRO DI PRONTO SOCCORSO	1)VAL. PESSIMA > 5.00 RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA 5.00 - 3.75 RICONOSC 0% ;3)VAL. MEDIA 3.75 - 2.50 RICONOSC 75% ;4)VAL. BUONA 2.50 - 1.25 RICONOSC 95% ;5)VAL. OTTIMA < 1.25 RICONOSC 100% ;PRONTO SOCCORSO;	> 80%	> 85%	> 90%
PRONTO SOCCORSO	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA AREA EMERGENZA-URGENZA	INCREMENTO TEMPESTIVITÀ DELLE PRESTAZIONI	PERCENTUALE DI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO CON CODICE VERDE, NON INVIATI AL RICOVERO, CON TEMPI DI PERMANENZA ENTRO LE 4 ORE (IND. MES C16.3)	EDOTTO DIREZIONALE - CODICE VERDE, NON INVIATI AL RICOVERO, CON TEMPI DI PERMANENZA ENTRO LE 4 ORE (ANTONIO)	1)VAL. PESSIMA < 75.00 RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA 75.00 - 80.00 RICONOSC 0% ;3)VAL. MEDIA 80.00 - 85.00 RICONOSC 75% ;4)VAL. BUONA 85.00 - 90.00 RICONOSC 95% ;5)VAL. OTTIMA > 90.00 RICONOSC 100% ;PRONTO SOCCORSO;	> 80%	> 85%	> 90%
PRONTO SOCCORSO	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA AREA EMERGENZA-URGENZA	INCREMENTO TEMPESTIVITÀ DELLE PRESTAZIONI	PERCENTUALE DI ACCESSI AL PS INVIATI AL RICOVERO CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO LE 8 ORE (IND. MES C16.4)	EDOTTO DIREZIONALE - ACCESSI AL PS INVIATI AL RICOVERO CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO LE 8 ORE	1)VAL. PESSIMA < 80.00 RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA 80.00 - 85.00 RICONOSC 0% ;3)VAL. MEDIA 85.00 - 90.00 RICONOSC 75% ;4)VAL. BUONA 90.00 - 95.00 RICONOSC 95% ;5)VAL. OTTIMA > 95.00 RICONOSC 100% ;PRONTO SOCCORSO;	> 80%	> 85%	> 90%
REPARTI CHIRURGICI	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ DI PROCESSO	RIDUZIONE ATTESA MEDIA PRIMA DEL RICOVERO PER INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE	TEMPI DI ATTESA PER LA CHIRURGIA ONCOLOGICA (IND. MES C10C)	EDOTTO DIREZIONALE SDO PATOLOGIE ONCOLOGICHE : DATA INTERVENTO - DATA PRENOTAZIONE	1)VAL. PESSIMA > 40.00 RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA 40.00 - 35.00 RICONOSC 0% ;3)VAL. MEDIA 35.00 - 30.00 RICONOSC 75% ;4)VAL. BUONA 30.00 - 25.00 RICONOSC 95% ;5)VAL. OTTIMA < 25.00 RICONOSC 100% ;	> 80%	> 85%	> 90%
ORTOPEDIE	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA AREA EMERGENZA-URGENZA	INCREMENTO DEGLI INTERVENTI SU FRATTURE DEL COLLO DEL FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI DALL'AMMISSIONE	% FRATTURE COLLO DEL FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI DALL'AMMISSIONE (IND. MES C5.2)	EDOTTO DIREZIONALE SDO-G122	1)VAL. PESSIMA < 41.00 RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA 41.00 - 54.00 RICONOSC 0% ;3)VAL. MEDIA 54.00 - 67.00 RICONOSC 75% ;4)VAL. BUONA 67.00 - 90.00 RICONOSC 95% ;5)VAL. OTTIMA > 90.00 RICONOSC 100% ;ORTOPEDIE;	> 80%	> 85%	> 90%
GINECOLOGIE	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITÀ CURE RETE OSPEDALIERA	RIDUZIONE PARTI CESAREI PRIMARI	% CESAREI PRIMARI	NUM PARTI CESARI PRIMARI / NUM TOTALE DI PARTI CON NESSUN PREGRESSO CESAREO * 100	1)VAL. PESSIMA > 30% RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 25 E 30% RICONOSC 30% ; 3)VAL. MEDIA FRA 20 E 25% RICONOSC 70% ; 4)VAL. BUONA FRA 15 E 20% RICONOSC 90% ; 5)VAL. OTTIMA < 20% RICONOSC 100%)	> 80%	> 85%	> 90%
RISK MANAGEMENT	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ DI PROCESSO (RIDUZIONE DEL CONTENZIOSO)	DEFINIZIONE NEL CORSO DEL 2020 DI ALMENO 4 NUOVE PROCEDURE OPERATIVE	PROPOSTA DI DELIBERAZIONE PER L'ADOZIONE DELLA PROCEDURA OPERATIVA	NUMERO PROPOSTE INSERITE NELLA PROCEDURA DI ADOZIONE DELLE DELIBERE/DETERMINE	1)VAL. PESSIMA MENO DI 2 PROPOSTE RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA MENO DI 4 PROPOSTE RICONOSCIMENTO 70 3) VAL. OTTIMA ALMENO 4 . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	Almeno 3 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 3 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale	Almeno 4 Indicatori piu' performanti rispetto alla media regionale
RISK MANAGEMENT	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ DI PROCESSO (RIDUZIONE DEL CONTENZIOSO)	DEFINIZIONE NEL CORSO DEL 2020 DI UN CORRETTIVO PER OGNI EVENTO SENTINELLA VERIFICATOSI	PROTOCOLLO CON CUI È STATO FORMALIZZATO IL CORRETTIVO	ESISTENZA DI UN PROTOCOLLO PER OGNI EVENTO SENTINELLA	1)VAL. PESSIMA NUMERO PROTOCOLLI < N. EVENTI SENTINELLA; RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO 2) VAL. OTTIMA NUMERO PROTOCOLLI = NUMERO EVENTI SENTINELLA . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	n. protocolli>85% eventi sentinella	n. protocolli>90% eventi sentinella	n. protocolli>95% eventi sentinella

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
RISK MANAGEMENT	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ DI PROCESSO (RIDUZIONE DEL CONTENZIOSO)	ATTIVAZIONE DI ALMENO 3 AUDIT PER OGNI PROCEDURA ESISTENTE ATTESTATA DA VERBALE CONTROFIRMATO DALL'UNITÀ OGGETTO DI CONTROLLO.	VERBALE DI AUDIT CON UNITÀ OPERATIVE INTERESSATE	NUMERO DI AUDIT EFFETTUATI NELL'ANNO / NUMERO DI AUDIT PROGRAMMATI	1)VAL. PESSIMA NUMERO CONTROLLI EFFETTUATI < 50% DEI CONTROLLI PREVISTI RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. MEDIA, NUMERO CONTROLLI EFFETTUATI > 50% < 75% RICONOSCIMENTO 60% DEL PESO PREVISTO. 3) VAL. BUONA, NUMERO CONTROLLI EFFETTUATI > 75% < 100 % RICONOSCIMENTO 85% DEL PESO PREVISTO. 4) VAL. OTTIMA, NUMERO CONTROLLI EFFETTUATI > 100% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
RISK MANAGEMENT	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO QUALITÀ DI PROCESSO (RIDUZIONE DEL CONTENZIOSO)	MIGLIORAMENTO DELLE PROCEDURE ESISTENTI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DA INFEZIONI OSPEDALIERE E ATTIVAZIONE DI ALMENO 1 AUDIT PER CIASCUNA STRUTTURA AZIENDALE INTERESSATA SUL RISPETTO DELLE PROCEDURE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SULLE INFEZIONI OSPEDALIERE.	VERBALE DI AUDIT CON LE STRUTTURE. OBIETTIVO AGGIUNTIVO RISPETTO AL PRECEDENTE S12.E	NUMERO DI AUDIT EFFETTUATI NELL'ANNO / NUMERO DI AUDIT PROGRAMMATI	1)VAL. PESSIMA NUMERO CONTROLLI EFFETTUATI < 50% DEI CONTROLLI PREVISTI RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. MEDIA, NUMERO CONTROLLI EFFETTUATI > 50% < 75% RICONOSCIMENTO 60% DEL PESO PREVISTO. 3) VAL. BUONA, NUMERO CONTROLLI EFFETTUATI > 75% < 100 % RICONOSCIMENTO 85% DEL PESO PREVISTO. 4) VAL. OTTIMA, NUMERO CONTROLLI EFFETTUATI > 100% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	VERIFICA DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAGLI ASSISTITI / UTENTI RISPETTO ALLE VARIE U.O.	MONITORAGGIO DEI RECLAMI	ASSENZA DI RECLAMI NEI CONFRONTI DELLA STRUTTURA	NUMERO DI RECLAMI PERVENUTI PER CIASCUNA STRUTTURA	1)VAL. PESSIMA > 5 RECLAMI PRIVI DI GIUSTIFICAZIONE. RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 1 E 5 RECLAMI PRIVI DI GIUSTIFICAZIONE RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA NESSUN RECLAMO RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	<3 reclami privi di giustificazione	<3 reclami privi di giustificazione	<2 reclami privi di giustificazione
UOSV DI COMUNICAZIONE E URP	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	VERIFICA DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAGLI ASSISTITI / UTENTI RISPETTO ALLE VARIE U.O.	MONITORAGGIO DEI RECLAMI	ADOZIONE DI UNA PROCEDURA CHE CONSENTA DI MONITORARE I RECLAMI PERVENUTI DAI PAZIENTI/ASSISTITI, AVENDO CURA DI DETERMINARE E REGISTRARE PER CIASCUN ASSISTITO LE SEGUENTI INFORMAZIONI: 1) DATA DI RICEVIMENTO DELLA COMUNICAZIONE; 2) TIPOLOGIA DI RECLAMO; 3) STRUTTURA DESTINATARIA DEL RECLAMO ; 4) DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO CHE HA PRESENTATO RECLAMO O RECLAMO PERVENUTO SE ANONIMO 5) DESCRIZIONE ANALITICA DEL RECLAMO PRESENTATO;	DEFINIZIONE D'INTESA CON UCG DELLA TIPOLOGIA DI REPORTISTICA DA PREDISPORRE ED ENVIO ENTRO IL 30/4/2020 DELLA REPORTISTICA COMPILATA CON LE INFORMAZIONI RELATIVE AI RECLAMI MANIFESTATI NEL CORSO DELL'ANNO 2019. INVIO AL 15/7 - 15/10 E 15/01/2021 DEL REPORT AGGIORNATO CON LE INFORMAZIONI AGGIORNATE AL TRIMESTRE PRECEDENTE.	1)VAL. PESSIMA RILEVAZIONE NON EFFETTUATA O INCOMPLETA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL BUONA INVIO INVIO DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2019 ENTRO I TERMINI PREVISTI O CON UN RITARDO NON SUPERIORE A 30 GIORNI ED INVIO ENTRO IL 31/01/2021 DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2020. RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI TUTTI I DB RICHIESTI CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 4 INVII NON SUPERIORE A 60 GIORNI. RICONOSCIMENTO 100%	invio DB aggiornato con ritardo <30 gg	invio DB aggiornato con ritardo <30 gg	invio tutti i DB previsti con ritardo <60 gg

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

							TARGET		
DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	2020	2021	2022
UOSVD COMUNICAZIONE E URP	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	VERIFICA DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAGLI ASSISTITI / UTENTI RISPETTO ALLE VARIE U.O.	ATTIVITA' CONSEQUENZIALE AL RECLAMO CONSISTENTE NELLA RICHIESTA DI SEGNALEZIONE ALLA STRUTTURA CON RICHIESTA DI RELAZIONE E RISCONTRO AL RECLAMANTE CON GIUSTIFICAZIONI ADDOTTE DALLA STRUTTURA	ANNOTAZIONE SUL DATABASE DELLE SEGNALEZIONI PERVENUTE DEGLI ESTREMI DOCUMENTALI CON CUI SI È PROCEDUTO A RICHIEDERE GIUSTIFICAZIONI E A RISCONTRARE AL SEGNALENTE	NUMERO PROCEDURE COMPLETE (SEGNALEZIONE - RICHIESTA STRUTTURA - RELAZIONE STRUTTURA - RISCONTRO DICHIARANTE) / NUMEOR SEGNALEZIONI PERVENUTE	1)VAL. PESSIMA < 70% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL BUONA DAL 70 AL 95% RICONOSCIMENTO % DEL PESO ATTRIBUITO 3) VAL. OTTIMA > 100%. RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
REPARTI E SERVIZI DI PRODUZIONE E OSPEDALIERA	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	ASSICURARE EFFICACIA, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ DELLA GESTIONE AZIENDALE	RIDUZIONE DELL'INCIDENZA % DEI COSTI PER CONSUMI DI MATERIALI E SPESA DEL PERSONALE RISPETTO AL VALORE DELLA PRODUZIONE.	INCIDENZA COSTI PER CONSUMI DI MATERIALE E PERSONALE / VALORE DELLA PRODUZIONE	PERCENTUALE ((COSTO MATERIALI+COSTO PERSONALE)/(VALORE PRODUZIONE DRG, AMBULATORIALI ESTERNE E PREST INTERNE SE MISURABILI)) AL NETTO STIMA ONERI DERIVANTI DA RINNOVI CONTRATTUALI PERSONALE DIPENDENTE	1)VAL. PESSIMA OVE SI REGISTRI UN INCREMENTO DELLA % DI INCIDENZA RISPETTO ALLA % DI INCIDENZA DELL'ANNO PRECEDENTE, RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA OVE SI REGISTRI UN DECREMENTO DELLA % DI INCIDENZA COMPRESA FRA 0% E 2,99% RISPETTO ALL % DI INCIDENZA DELL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA OVE SI REGISTRI UN DECREMENTO DELLA % DI INCIDENZA COMPRESA FRA 3% E IL 4,99% RISPETTO ALL % DI INCIDENZA DELL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 60% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA OVE SI REGISTRI UN DECREMENTO DELLA % DI INCIDENZA COMPRESA FRA 5% E 8,99% RISPETTO ALL % DI INCIDENZA DELL'ANNO PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 85% DEL PESO PREVISTO ; 5) VAL. OTTIMA OVE SI REGISTRI UN DECREMENTO DELLA % DI INCIDENZA SUPERIORE ALL'8,99% RISPETTO ALL % DI INCIDENZA DELL'ANNO PRECEDENTE. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
TUTTE LE STRUTTURE ASSEGNATARIE DI BUDGET	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA OPERATIVA	RIBALTARE GLI OBIETTIVI DI BUDGET SULLE DIVERSE ARTICOLAZIONI E DIPENDENTI DELLA STRUTTURA (UOS, COORDINATORI, ECC.) E VALUTAZIONE PERIODICA DELL'ANDAMENTO REGISTRATO.	AZIONE SUB 1) INVIO AL CONTROLLO DI GESTIONE, ENTRO 15 GIORNI DALL'ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI, DEL VERBALE (FAC-SIMILE ALLEGATO A) DI CONDIVISIONE CON IL PERSONALE DIRIGENZIALE E DI COMPARTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI; AZIONE SUB 2) INVIO AL CONTROLLO DI GESTIONE, ENTRO 30 GIORNI DALLA FINE DI CIASCUN BIMESTRE, DEL VERBALE (FAC-SIMILE ALLEGATO B) DI MONITORAGGIO BIMESTRALE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET SOTTOSCRITTO DAL PERSONALE DELLA DIRIGENZA ; AZIONE SUB 3) INVIO AL CONTROLLO DI GESTIONE, ENTRO 30 GIORNI DALLA FINE DI CIASCUN QUADRIMESTRE, DEL VERBALE (FAC-SIMILE ALLEGATO B) DI MONITORAGGIO BIMESTRALE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET SOTTOSCRITTO DAL PERSONALE DEL COMPARTO; AZIONE SUB 4) INVIO AL CONTROLLO DI GESTIONE, ENTRO IL 28 FEBBRAIO DEL 2021 DELLA RELAZIONE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET CON LE MODALITÀ CHE SARANNO RICHIESTE. LA TRASMISSIONE DOVRÀ ESSERE EFFETTUATA ATTRAVERSO L'UTILIZZO DI SISTEMI CHE CONSENTANO DI CERTIFICARE LA DATA DI INVIO (PROTOCOLLO / MAIL / PEC).	VERIFICA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'AVVENUTO INVIO ALL'UCG DEI VERBALI	1)VAL. PESSIMA "NESSUN VERBALE TRASMESSO" RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA "TRASMISSIONE DI DOCUMENTI INFERIORI A QUELLI GRADUATI NEL SUCCESSIVO PUNTO 3; RICONOSC 30% ;3)VAL. MEDIA "TRASMISSIONE DEL VERBALE AZIONE SUB 1; DI ALMENO 3 VERBALI AZIONE SUB 2; DI ALMENO 1 VERBALE AZIONE SUB 3; DELLA RELAZIONE AZIONE SUB 4; RICONOSC 65% ;4)VAL. BUONA "TRASMISSIONE DI TUTTI I VERBALI IN PRESENZA DI MANCATO RISPETTO DELLE SCADENZE INDICATE, PURCHE IL RITARDO COMPLESSIVO DI TUTTI GLI INVII NON SUPERI I 30 GIORNI" RICONOSC 95% ;5)VAL. OTTIMA "TRASMISSIONE DI TUTTI I VERBALI NEL RISPETTO DELLE MODALITÀ E SCADENZE INDICATE" RICONOSC 100% ;	invio verbali previsti con ritardo <30 gg	invio verbali previsti con ritardo <30 gg	invio verbali previsti con rispetto dei tempi
UTILIZZATORI / PRESCRITTO RI FARMACI ALTO COSTO	ASSISTENZA FARMACEUTICA	ASSICURARE EFFICACIA, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ DELLA GESTIONE AZIENDALE	RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DELLA SPESA PER FARMACI E DISPOSITIVI IN LINEA CON LE INDICAZIONI FORNITE CON DGR DICEMBRE 2019.	RISPETTO DEL VINCOLI DI SPESA E DELLE DISPOSIZIONI IMPARTITE DALLA DIREZIONE STRATEGICA PER IL CONTENIMENTO DELLA SPESA SU FARMACI E DISPOSITIVI.	LA VERIFICA SARÀ EFFETTUATA DALL'UCG / AREA FARMACEUTICA UTILIZZANDO LE INFORMAZIONI PRESENTI NEL SISTEMA INFORMATIVO	1) VAL. OTTIMA IN PRESENZA DEL RISPETTO DEI VINCOLI FINANZIARI E DELLE PROCEDURE DISPOSTE. RICONOSCIMENTO 100%; 2) DIFFERENTE VALUTAZIONE DA EFFETTUARSI A CURA DELL'AREA FARMACEUTICA E UCG IN RELAZIONE ALL'ESAME DELLE RISULTANZE FINALI, TENUTO CONTO DI TUTTE LE VARIABILI INTERESSATE CON DETERMINAZIONE DELLA % DI RAGGIUNGIMENTO.	rispetto vincolo di spesa	rispetto vincolo di spesa	rispetto vincolo di spesa

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
TUTTE LE STRUTTURE ASSEGNATARIE DI BUDGET	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DI BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE OBIETTIVO VINCOLANTE	RISPETTO DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA. INVIO DELLE 2 RELAZIONI PREVISTE DALL'ART. 5.1 DEL PIANO ADOTTATO CON DELIBERA 130/2019 E S.M.I.	INVIO DELLE 2 RELAZIONI PREVISTE DALL'ART. 5 DEL PIANO DI PREVENZIONE DELL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA DEL 130/2019 E S.M.I.	VERIFICA ESISTENZA INVIO DOCUMENTATO (PEC / MAIL / PROTOCOLLO) DELLE RELAZIONI;	1)VAL. PESSIMA "NESSUNA RELAZIONE TRASMESSA" RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA "TRASMISSIONE DI 1 SOLA RELAZIONE; RICONOSC 30% ;3)VAL. BUONA "TRASMISSIONE DELLE 2 RELAZIONE ENTRO L'ANNO E MANCATO RISPETTO DEI TERMINI INDIVIDUATI 1° RELAZIONE 30/6 2° RELAZIONE 15/12. RICONOSC 90% ;5)VAL. OTTIMA "TRASMISSIONE DELLE 2 RELAZIONI ENTRO I TERMINI FISSATI " RICONOSC 100% ;	trasmissione relazioni previste	trasmissione relazioni previste	trasmissione relazioni previste, con rispetto dei termini
STRUTTURE AZIENDALI SOGGETTE	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DI BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE OBIETTIVO VINCOLANTE	PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA. RISPETTO CRONOPROGRAMMA ART. 15 RIFERITO ANNO IN CORSO DEL PIANO ADOTTATO CON DELIBERA 130/2019 E S.M.I..	ADEMPIMENTI PREVISTI NEL CRONOPROGRAMMA ANNO 2020 DELIBERA 130/2019 E S.M.I. ART. 15.	VERIFICA ESISTENZA INVIO DOCUMENTATO (PEC / MAIL / PROTOCOLLO) ATTESTANTE L'ATTIVITÀ SVOLTA.	1)VAL. PESSIMA "NESSUNA ATTIVITÀ SVOLTA" RICONOSC 0% ;2) VAL. SCARSA "SVOLTA SOLO PARTE DELL'ATTIVITÀ PREVISTA"; RICONOSC 30% ;3)VAL. BUONA "SVOLTA TUTTA L'ATTIVITÀ PREVISTA ANCORCHÈ NEL MANCATO RISPETTO DELLE DATE INDICATE". RICONOSC 85% ;4)VAL. OTTIMA "SVOLTA TUTTA L'ATTIVITÀ ENTRO I TERMINI FISSATI, OVVERO SVOLTA TUTTA L'ATTIVITÀ ANCHE FUORI TERMINE IN PRESENZA DI GIUSTIFICATI MOTIVI" RICONOSC 100% ;	svolgimento attività prevista	svolgimento attività prevista	svolgimento attività prevista con rispetto dei termini
TUTTE LE STRUTTURE ASSEGNATARIE DI BUDGET	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DI BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE OBIETTIVO VINCOLANTE	PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA. RISPETTO CRONOPROGRAMMA ART. 18 RIFERITO ANNO IN CORSO DEL PIANO ADOTTATO CON DELIBERA 130/2019 E S.M.I. TRASMISSIONE ALL'RPCT DA PARTE DI CIASCUNA STRUTTURA ENTRO IL 31 GENNAIO DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO, DI UNA RELAZIONE INDICANTE PER CIASCUN ADEMPIMENTO (ATTO DA PUBBLICARE) L'AVVENUTA PUBBLICAZIONE E LA DATA DI PUBBLICAZIONE COME ESPRESSAMENTE RIPORTATA SUL PORTALE.	ADEMPIMENTI PREVISTI NEL CRONOPROGRAMMA ANNO 2020 DELIBERA 130/2019 E S.M.I. ART. 18. ADEMPIMENTI E DATI OGGETTO DI PUBBLICAZIONE.	VERIFICA DELLE PUBBLICAZIONI SUL PORTALE.	RICONOSCIMENTO IN MISURA % SULLA SCORTA DELLA VALUTAZIONE EFFETTUATA DA PARTE DELL' RPCT AZIENDALE, TENUTO CONTO DI QUANTO RELAZIONATO DA PARTE DI CIASCUNA STRUTTURA.	Pubblicazione documentazione richiesta	Pubblicazione documentazione richiesta	Pubblicazione documentazione richiesta
TUTTE LE STRUTTURE ASSEGNATARIE DI BUDGET	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA OPERATIVA ASL	CONTENIMENTO DELLA SPESA DEL PERSONALE ENTRO I LIMITI FISSATI DALLA NORMATIVA VIGENTE OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	CONTENIMENTO DEI COSTI PER STRAORDINARIO (ORDINARIO, FESTIVO, IN REPER., ECC..) E PRESTAZIONI AGGIUNTIVE, NEI LIMITI DELL'AMMONTARE ASSEGNATO TEMPESTIVAMENTE DAL CAPO DIPARTIMENTO (O IN ASSENZA DALL'AREA DEL PERSONALE).	(COSTO - BUDGET) / BUDGET *100	1)VAL. PESSIMA > 0% RICONOSC 0% ; 2) VAL. BUONA FRA - 0% E -5% RICONOSC 90% ; 5)VAL. OTTIMA > -5 % RICONOSC 100%)	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

							TARGET		
DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	2020	2021	2022
CENTRI LIQUIDATORI	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE DEI DEBITI VERSO FORNITORI	LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE ANNI 2019 E PRECEDENTI, ENTRO 30 GIORNI DALLA NOTIFICA DELLE PARTITE DA PAGARE COME NOTIFICATE DALL'AGREF, AD ECCEZIONE DELLE FATTURE BLOCCATTE DANDO EVIDENZA PER CIASCUNA FATTURA DELLA NOTA DI PROTOCOLLO CON CUI LA FATTURA È STATA CONTESTATA ALLA STRUTTURA;	AZZERAMENTO DEBITI PREGRESSI	(NUM. FATTURE LIQUIDATE + NUM. FATTURE BLOCCATE PER CONTESTAZIONI FORMALI AL FORNITORE)/ NUMERO FATTURE INDICATE IN ELENCO AGREF	1)VAL. PESSIMA < 50% FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA FRA 50% E 70% FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 0% ;3)VAL. MEDIA FRA 70% E 85% FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI, PURCHÈ MEDIA COMPLESSIVA NON SUPERIORE A 35 GIORNI RICONOSC 60% ;4)VAL. BUONA FRA 85% E 95% FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI, PURCHÈ MEDIA COMPLESSIVA NON SUPERIORE A 32 GIORNI RICONOSC 85% ;5)VAL. OTTIMA > 95% FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI, PURCHÈ MEDIA COMPLESSIVA NON SUPERIORE A 30 GIORNI RICONOSC 100% ;;	> 80%	> 85%	> 90%
CENTRI LIQUIDATORI	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE DEI DEBITI VERSO FORNITORI	LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE RICEVUTE A DECORRERE DAL 1° GENNAIO DELL'ANNO 2020 ENTRO 40 GIORNI DALLA DATA DI ASSEGNAZIONE DELLA FATTURA ALLA STRUTTURA.	RISPETTO DEI TEMPI DI PAGAMENTO	FATTURE LIQUIDATE NEI TERMINI / FATTURE ASSEGNATE NEL 2020 E DA LIQUIDARE ENTRO I L31/12	1)VAL. PESSIMA < 50% DELLE FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA FRA 50% E 70% FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 20% ;3)VAL. MEDIA FRA 70% E 85% FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 50% ;4)VAL. BUONA FRA 85% E 95% FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 70% ;5)VAL. OTTIMA > 95% FATTURE LIQUIDATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 100% ;;	> 80%	> 85%	> 90%
STRUTTURE TERRITORIALI CON PAZIENTI RICOVERATI PRESSO STRUTTURE ESTERNE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO COSTANTE SPESA E DEFINIZIONE TEMPESTIVA DEL FABBISOGNO FINANZIARIO	ISTITUZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DEI PAZIENTI RICOVERATI PRESSO STRUTTURE ESTERNE A PAGAMENTO, FINALIZZATO A RILEVARE PER CIASCUN PAZIENTE INFORMAZIONI FINALIZZATE AL MONITORAGGIO DEL COSTO IN BILANCIO.	ADOZIONE DI UNA PROCEDURA CHE CONSENTA DI MONITORARE LA PRESENZA DI NS. ASSISTITI PRESSO STRUTTURE SANITARIE ESTERNE E QUANTIFICARE IL COSTO DI TALE ASSISTENZA, AVENDO CURA DI DETERMINARE E REGISTRARE PER CIASCUN ASSISTITO LE SEGUENTI INFORMAZIONI: 1) DATA INIZIALE DI MANIFESTAZIONE DEL FABBISOGNO; 2) TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DI CUI IL PAZIENTE NECESSITÀ; 3) DATA DI EFFETTIVO INSERIMENTO NELLA STRUTTURA 4) DURATA AUTORIZZATA DEL RICOVERO 5) STRUTTURA PRESSO LA QUALE È STATO DISPOSTO IL RICOVERO; 6) COSTO GIORNALIERO DI ASSISTENZA O COSTO MEDIO STIMATO OVE L'ADDEBITO NON È STRETTAMENTE CORRELATO ALLE GIORNATE DI DEGENZA;	DEFINIZIONE D'INTESA CON UCG DELLA TIPOLOGIA DI REPORTISTICA DA PREDISPORRE, ED ENVIO ALL'UCG ENTRO IL 60 GIORNI DALLA DEFINIZIONE DEL REPORT COMPILATO CON LE INFORMAZIONI RELATIVE AI PAZIENTI GIÀ IN CURA O CHE HANNO MANIFESTATO UN FABBISOGNO ASSISTENZIALE AL 31/12/2019. INVIO AL 15/7 - 15/10 E 15/01/2021 DEL REPORT AGGIORNATO CON LE INFORMAZIONI AGGIORNATE AL TRIMESTRE PRECEDENTE.	1)VAL. PESSIMA RILEVAZIONE NON EFFETTUATA O INCOMPLETA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL BUONA INVIO INVIO DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2019 ENTRO I TERMINI PREVISTI O CON UN RITARDO NON SUPERIORE A 30 GIORNI ED INVIO ENTRO IL 31/01/2021 DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2020. RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI TUTTI DI DB RICHIESTI CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 5 INVII NON SUPERIORE A 60 GIORNI. RICONOSCIMENTO 100%	invio di almeno un DB entro i termini previsti	invio di almeno un DB entro i termini previsti	invio di tutti i DB richiesti con ritardo compl. <60 gg.
DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE	PREVENZIONE	ROTAZIONE DEL PERSONALE DI VIGILANZA NELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO	EFFETTUAZIONE DI UN PROGRAMMA PER GARANTIRE CHE IL PERSONALE IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI CONTROLLO EFFETTUI NEL CORSO DELL'ANNO ALMENO IL 30% DEI CONTROLLI IN COMUNI DIVERSI DA QUELLO DI RESIDENZA E/O LAVORO	% DI ATTIVITÀ DI CONTROLLO EFFETTUATE IN COMUNI DIVERSI DA RESIDENZA E/O LAVORO RISPETTO AI CONTROLLI EFFETTUATI	% N. CONTROLLI EFFETTUATE IN COMUNI DIVERSI DA RESIDENZA E-O LAVORO / N. TOTALE CONTROLLI EFFETTUATI	1)VAL. PESSIMA < 15% RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 15,1 % E < 20% RICONOSCIMENTO 30% 3) VAL. MEDIA FRA 20,1 % E < 25% RICONOSCIMENTO 60% 4) VAL. BUONA FRA 25,1 % E 30% RICONOSCIMENTO 70% 5) VAL. OTTIMA > 30% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
UOSVD CONCORSI E CONVENZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVITA' NEL RECLUTAMENTO	MONITORAGGIO COSTANTE TEMPI DI ESECUZIONE ATTIVITÀ PROCEDURE CONCORSUALI E CONFRONTO CON LA STIMA DI CONCLUSIONE DELLA PROCEDURA DA ALLEGARE COME SCHEDA TECNICA A CIASCUNA DELIBERA DI INDIZIONE DEL BANDO.	ELABORAZIONE DI UN REPORT CHE DEFINISCA PER CIASCUNA PROCEDURA CONCORSUALE / AVVISO PUBBLICO, CON RIFERIMENTO A CIASCUNA SINGOLA FASE (ES. ADOZIONE DELIBERA, PUBBLICAZIONE BURP, PUBBLICAZIONE G.U., DELIBERA AMMISSIONE CANDIDATI ECC.) LE DATE DI COMPLETAMENTO DELLE SINGOLE ATTIVITÀ;	DEFINIZIONE D'INTESA CON UCG DELLA TIPOLOGIA DI REPORTISTICA DA PREDISPORRE ED ENVIO ENTRO IL 30/4/2020 DELLA REPORTISTICA COMPILATA CON LE INFORMAZIONI RELATIVE ALLE PROCEDURE ATTIVATE E NON CONCLUSE ALLA DATA DEL31/12/2019. INVIO AL 15/7 - 15/10 E 15/01/2021 DEL REPORT AGGIORNATO CON LE INFORMAZIONI DEL TRIMESTRE PRECEDENTE.	1)VAL. PESSIMA RILEVAZIONE NON EFFETTUATA O INCOMPLETA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL BUONA INVIO INVIO DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2019 ENTRO I TERMINI PREVISTI O CON UN RITARDO NON SUPERIORE A 30 GIORNI ED INVIO ENTRO IL 31/01/2021 DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2020. RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI TUTTI DI DB RICHIESTI CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 4 INVII NON SUPERIORE A 60 GIORNI. RICONOSCIMENTO 100%	invio di almeno un DB entro i termini previsti	invio di almeno un DB entro i termini previsti	invio di tutti i DB richiesti con ritardo compl. <60 gg.
UOSVD CONCORSI E CONVENZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVITA' NEL RECLUTAMENTO	VERIFICA RISPETTO DEI TEMPI PROGRAMMATI PER LA CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO E DEI TEMPI EFFETTIVAMENTE IMPIEGATI	GIORNI DI RITARDO COMPLESSIVO DI TUTTE LE PROCEDURE PROGRAMMATE NEL 2020 .	VERIFICA PER LE PROCEDURE PER LE QUALI È PROGRAMMATA LA CONCLUSIONE ENTRO IL 2020 DELLE DATE DI EFFETTIVO COMPLETAMENTO DELLA PROCEDURA (INVIO PROPOSTA DI DELIBERAZIONE GRADUATORIA) E CALCOLO DELLE DIFFERENZE.	1)VAL. PESSIMA GG RITARDO COMPLESSIVI > GG 30 PER PROCEDURA DA CONCLUDERE ENTRO IL 31/12 RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA GG RITARDO COMPLESSIVI > GG 20 PER PROCEDURA RICONOSC 30% ; 3)VAL. MEDIA GG RITARDO COMPLESSIVI > GG 10 PER PROCEDURA RICONOSC 70% ; 4)VAL. BUONA GG RITARDO COMPLESSIVI > GG 5 PER PROCEDURA RICONOSC 90% ; 5)VAL. OTTIMA GG RITARDO COMPLESSIVI < GG 5 PER PROCEDURA RICONOSC 100%)	ritardo per procedura <10 gg	ritardo per procedura <10 gg	ritardo per procedura <5 gg
UOSVD CONCORSI E CONVENZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVITA' NEL RECLUTAMENTO	PROGRAMMAZIONE DELLE PROCEDURE DI RECLUTAMENTO E/O AVVIO DELLE PROCEDURE CONCORSUALI, SULLA SCORTA DEL PIANO DELLE CESSAZIONI PROGRAMMATE ELABORATO DALLA UOSVD GIURIDICO_PREVIDENZIALE	ELABORAZIONE ENTRO 60 GIORNI DAL RICEVIMENTO DELLA RELAZIONE DA PARTE DEL SETTORE GIURIDICO, DI UN DOCUMENTO CHE EVIDENZI CON RIFERIMENTO A CIASCUN PROFILO PER IL QUALE È PREVISTA LA CESSAZIONE LE MODALITÀ DI SOSTITUZIONE	ESISTENZA DEL DOCUMENTO DA INVIARE ALL'UCG A MEZZO MAIL /PEC / PROTOCOLLO	1)VAL. PESSIMA REPORT NON ELABORATO RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. OTTIMA INVIO DI TUTTI GLI ELABORATI PREVISTI RICONOSCIMENTO 100%;	elaborazione documento	elaborazione documento	elaborazione documento entro 60 gg
UOSVD CONCORSI E CONVENZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVITA' NEL RECLUTAMENTO	AVVIO PROCEDURE CONCORSUALI DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA PER PROFILI CHE EVIDENZIANO SCOSTAMENTI FRA PIANO DEI FABBISOGNI E PERSONALE IN SERVIZIO	PROPOSTA DI DELIBERA APPROVAZIONE BANDO DI CONCORSO SU POSTI VACANTI ENTRO IL 30/04/2020	% POSTI A CONCORSO (INTENDENDO TUTTI I POSTI VACANTI RIFERITI ALLA PROCEDURA AVVIATA) / POSTI VACANTI	1)VAL. PESSIMA < 70% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA FRA IL 70% E IL 95% RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA >95% RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
UOSVD CONCORSI E CONVENZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVITA' NEL RECLUTAMENTO	AVVIO PROCEDURE CONCORSUALI DIRIGENZA SPTA PER PROFILI CHE EVIDENZIANO SCOSTAMENTI FRA PIANO DEI FABBISOGNI E PERSONALE IN SERVIZIO	PROPOSTA DI DELIBERA APPROVAZIONE BANDO DI CONCORSO SU POSTI VACANTI ENTRO IL 30/04/2020	% POSTI A CONCORSO (INTENDENDO TUTTI I POSTI VACANTI RIFERITI ALLA PROCEDURA AVVIATA) / POSTI VACANTI	1)VAL. PESSIMA < 70% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA FRA IL 70% E IL 95% RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA >95% RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD CONCORSI E CONVENZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVITA' NEL RECLUTAMENTO	AVVIO PROCEDURE CONCORSUALI STRUTTURE COMPLESSE PER PROFILI CHE EVIDENZIANO SCOSTAMENTI FRA PIANO DEI FABBISOGNI E PERSONALE IN SERVIZIO	PROPOSTA DI DELIBERA APPROVAZIONE BANDO DI CONCORSO SU POSTI VACANTI ENTRO IL 30/04/2020	% POSTI A CONCORSO (INTENDENDO TUTTI I POSTI VACANTI RIFERITI ALLA PROCEDURA AVVIATA) / POSTI VACANTI	1)VAL. PESSIMA < 70% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA FRA IL 70% E IL 95% RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA >95% RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD CONCORSI E CONVENZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RISPETTO TEMPI PER LA SOTTOSCRIZIONE DEI CONTRATTI CON LE STRUTTURE	PROPOSTA DELIBERA DETERMINAZIONE FONDI UNICI E RECEPIMENTO CONTRATTI CON STRUTTURE 15 GIORNI PRIMA DELLA SCADENZA DEL TERMINE PREVISTO DALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.	ESISTENZA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE	VERIFICA ESISTENZA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE	1)VAL. PESSIMA MANCATO RISPETTO TERMINI PREVISTI 0%; 2) VAL. BUONA RISPETTO DEI TERMINI PREVISTI DALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO IN PRESENZA DI PROPOSTA DI DELIBERAZIONE OLTRE I 15 GG PRECEDENTI LA SCADENZA DEL TERMINE RICONOSCIMENTO 85% 3) VAL. OTTIMA PROPOSTA NEI 15 GIORNI PRECEDENTI LA SCADENZA DEI TERMINI RICONOSCIMENTO 100%;	predisposizione deliberazione	predisposizione deliberazione	predisposizione deliberazione nei termini
UOSVD CONCORSI E CONVENZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO COMPETENZE MEDICI CONVENZIONATI	ATTIVARE PROCEDURE DI CONTROLLO SULL'INSERIMENTO DELLE COMPETENZE EFFETTUATE PRESSO LE STRUTTURE TERRITORIALI	INVIO DI ALMENO 4 RICHIESTE ANNUALI A TUTTE LE STRUTTURE DISTRETTUALI FINALIZZATE A VERIFICARE IL CORRETTO INSERIMENTO A CAMPIONE DI VOCI STIPENDIALI CON RIFEIRMENTO A CIASCUNA CATEGORIA (MMG / PLS / MGM / AMBULATORIALI)	ESISTENZA DELLE RELAZIONI ATTESTANTI GLI ESITI DEI CONTROLLI EFFETTUATI.	1)VAL. PESSIMA MANCATO INVIO DELLE RELAZIONI. RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA INVIO DI ALMENO 3 RELAZIONI. RICONOCIMENTO 85% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI ALMENO 4 RELAZIONI RICONOSCIMENTO 100%;	invio almeno 3 relazioni	invio almeno 3 relazioni	invio almeno 4 relazioni
UOSVD CONCORSI E CONVENZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE SPESA PERSONALE A TEMPO DETERMINATO	ATTIVARE LE PROCEDURE PREVISTE DAL D.LGS 75/2017 ART. 20 COMMA 11 BIS	AVVIO DELLA PROCEDURA ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI DEFINIZIONE DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO OVVERO DALLA DATA DI RICEVIMENTO DI SPECIFICHE CIRCOLARI (CIRCOLARE REGIONALE / CIRCOLARE FUNZIONE PUBBLICA ECC.)	PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DI AVVIO DELLE PROCEDURE DI STABILIZZAZIONE.	1)VAL. PESSIMA AVVIO PROCEDURA FUORI TERMINE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA AVVIO PROCEDURA NEI TERMINI RICONOSCIMENTO 100%;	avvio procedura	avvio procedura nei termini	avvio procedura nei termini

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
UOSVD GIURIDICO	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	PROGRAMMAZIONE CESSAZIONE DEL PERSONALE PER TEMPESTIVO AVVIO PROCEDURE DI RECLUTAMENTO	ELABORAZIONE DEL PIANO DELLE CESSAZIONI/PENSIONAMENTI PROGRAMMATI.	ELABORAZIONE ENTRO 30 GIORNI DALL'ASSEGNAZIONE DELL'OBIETTIVO DI UN PIANO DEI PENSIONAMENTI GIÀ DELIBERATI E IN CORSO DI ADOZIONE	ESISTENZA DEL DOCUMENTO DA INVIARE ALLA UOSVD CONCORSI E UCG;	1)VAL. PESSIMA REPORT NON INVIATO RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. BUONA REPORT INVIATO OLTRE LA DATA DI SCADENZA PREVISTA PURCHÈ COMUNQUE ENTRO 30 GIORNI DALLA SCADENZA RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA REPORT INVIATO ENTRO IL TERMINE DI SCADENZA FISSATO RICONOSCIMENTO 100%;	avvio procedura	avvio procedura nei termini	avvio procedura nei termini
UOSVD GIURIDICO	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	PROGRAMMAZIONE CESSAZIONE DEL PERSONALE PER TEMPESTIVO AVVIO PROCEDURE DI RECLUTAMENTO	ELABORAZIONE DEL PIANO DELLE CESSAZIONI/PENSIONAMENTI PROGRAMMATI.	AGGIORNAMENTO DEL PIANO DELLE CESSAZIONI ENTRO IL 30 SETTEMBRE 2020;	ESISTENZA DEL DOCUMENTO DA INVIARE ALLA UOSVD CONCORSI E UCG;	1)VAL. PESSIMA REPORT NON INVIATO RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. BUONA REPORT INVIATO OLTRE LA DATA DI SCADENZA PREVISTA PURCHÈ COMUNQUE ENTRO 30 GIORNI DALLA SCADENZA RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA REPORT INVIATO ENTRO IL TERMINE DI SCADENZA FISSATO RICONOSCIMENTO 100%;	invio report	invio report	invio report nei termini
UOSVD GIURIDICO	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO FONDO DISAGIO	ELABORAZIONE DI UNA REPORTISTICA MENSILE TENUTO CONTO DEI PAGAMENTI EFFETTUATI SULLA VERIFICA DELL'UTILIZZO DEL FONDO DISAGIO DA PARTE DI CIASCUNA STRUTTURA AZIENDALE	INVIO REPORTISTICA ALLA DIREZIONE STRATEGICA	INVIO REPORTISTICA ENTRO IL 31/12	1)VAL. PESSIMA MENO DI 5 REPORT INVIATI RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. BUONA ALMENO 8 REPORT INVIATI RICONOSCIMENTO 80% 3) VAL. OTTIMA ALMENO 10 REPORT INVIATI ENTRO IL 31/12 RICONOSCIMENTO 100%;	invio almeno 8 report	invio almeno 8 report	invio almeno 10 report
UOSVD GIURIDICO	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO COMPETENZE PERSONALE DIPENDENTE	ATTIVARE PROCEDURE DI CONTROLLO SULLE COMPETENZE ACCESSORIE;	VERBALE TRIMESTRALE ATTESTANTE I CONTROLLI EFFETTUATI	INVIO VERBALE ATTESTANTE I CONTROLLI ALL'UCG	1)VAL. PESSIMA MANCATO INVIO DELLE RELAZIONI. RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA INVIO DI ALMENO 3 RELAZIONI. RICONOSCIMENTO 85% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI ALMENO 4 RELAZIONI RICONOSCIMENTO 100%;	invio almeno 3 relazioni	invio almeno 3 relazioni	invio almeno 4 relazioni
AREA PERSONALE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO SPESA DEL PERSONALE E RISPETTO VINCOLI DI SPESA	ELABORAZIONE DI N.2 RELAZIONI ATTESTANTI LA SPESA DEL PERSONALE AI FINI DELLA VERIFICA DEL RISPETTO DEI VINCOLI FINANZIARI PER IL T.I E T.D	INVIO RELAZIONI	VERIFICA ESISTENZA RELAZIONE	1)VAL. PESSIMA ASSENZA DI RELAZIONE. RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA INVIO DI ALMENO 1 RELAZIONI. RICONOSCIMENTO 60% 3) VAL. OTTIMA INVIO DELLE 2 RELAZIONI RICONOSCIMENTO 100%;	invio almeno 1 relazione	invio almeno 1 relazione	invio almeno 2 relazioni
AREA PERSONALE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ CONCORSUALI PER RIDUZIONE LIMITI T.D.	ELABORAZIONE DI UN PROGRAMMA ASSUNZIONALE FINALIZZATO A RICONDURRE I LIMITI DI SPESA A T.D. ENTRO I TERMINI FISSATI DALLA VIGENTE NORMATIVA.	INVIO PROGRAMMA	VERIFICA ESISTENZA RELAZIONE	1)VAL. PESSIMA ASSENZA DI RELAZIONE. RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA PRESENZA RELAZIONE RICONOSCIMENTO 100%;	elaborazione documento	elaborazione documento	elaborazione documento

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
AREA PERSONALE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	GRADUAZIONE DELLE FUNZIONI E DEGLI INCARICHI A SEGUITO DI ADOZIONE NUOVO CCNL	ELABORAZIONE ED INVIO ALLA DIREZIONE STRATEGICA ENTRO IL 30/04 DI UNA NUOVA BOZZA DI REGOLAMENTO PER LA GRADUAZIONE DELLE FUNZIONI , TENUTO CONTO DELLE DISPOSIZIONI DEL NUOVO CCNL DELLA DIRIGENZA APPROVATO IL 19/12/2019	INVIO PROPOSTA	VERIFICA ESISTENZA PROPOSTA	1)VAL. PESSIMA ASSENZA DI RELAZIONE. RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA PRESENZA RELAZIONE RICONOSCIMENTO 100%;	elaborazione documento	elaborazione documento	elaborazione documento
AREA PERSONALE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO COSTANTE OBIETTIVI ASSEGNATI ALLE UOSVD DELL'AREA	PORRE IN ESSERE ATTIVITÀ DI VERIFICA SULLO STATO DI AVANZAMENTO DEGLI OBIETTIVI DA PARTE DELLE UOSVD DI APPARTENENZA	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI DA PARTE DELLE AREE	FATTO IL PESO DELL'OBIETTIVO PARI A 100, LO SI DIVIDE PER IL NUMERO DELLE UOSVD DI RIFERIMENTO E SI MOLTIPLICA IL SUB-PESO DI CIASCUNA UOSVD PER LA % DI RAGGIUNGIMENTO COMPLESSIVO DEGLI OBIETTIVI DA PARTE DELLA STESSA.	1)VAL. PESSIMA % RAGGIUNTA < 50%. RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA % RAGGIUNTA FRA 50% E 70% . RICONOSCIMENTO STESSA % RAGGIUNTA; 3) VAL. OTTIMA % RAGGIUNTA > 70% RICONOSCIMENTO 100%;	%>70%	%>80%	%>90%
AGREF	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO	RIDUZIONE DEI TEMPI DI REGISTRAZIONE DELLE FATTURE	REGISTRAZIONE DELLE FATTURE ENTRO 7 GIORNI DAL RICEVIMENTO	GG REGISTRAZIONE = (DATA ARRIVO - DATA REGISTRAZIONE)	1)VAL. PESSIMA < 50% DELLE FATTURE REGistrate NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 0%;2)VAL. SCARSA FRA 50% E 70% FATTURE REGISTRATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 20% ;3)VAL. MEDIA FRA 70% E 85% FATTURE REGISTRATE NEI TEMPI FISSATI, PURCHÈ MEDIA COMPLESSIVA NON SUPERIORE A 15 GIORNI RICONOSC 70% ;4)VAL. BUONA FRA 85% E 95% FATTURE REGISTRATE NEI TEMPI FISSATI, PURCHÈ MEDIA COMPLESSIVA NON SUPERIORE A 12 GIORNI RICONOSC 85% ;5)VAL. OTTIMA > 95% FATTURE REGISTRATE NEI TEMPI FISSATI, PURCHÈ MEDIA COMPLESSIVA NON SUPERIORE A 8 GIORNI RICONOSC 100% ;;	> 80%	> 85%	> 90%
AGREF	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO	RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO DELLE FATTURE	PAGAMENTO DELLE FATTURE ENTRO 7 GIORNI DAL RICEVIMENTO DELL'ATTO DI LIQUIDAZIONE E COMUNQUE ENTRO I TERMINI DI LEGGE	GG PAGAMENTO = (DATA LIQUIDAZIONE - DATA MANDATO)	1)VAL. PESSIMA < 50% FATTURE PAGATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA FRA 50% E 70% FATTURE PAGATE NEI TEMPI FISSATI RICONOSC 0% ;3)VAL. MEDIA FRA 70% E 85% FATTURE PAGATE NEI TEMPI FISSATI, PURCHÈ MEDIA COMPLESSIVA NON SUPERIORE A 8,5 GIORNI RICONOSC 60% ;4)VAL. BUONA FRA 85% E 95% FATTURE PAGATE NEI TEMPI FISSATI, PURCHÈ MEDIA COMPLESSIVA NON SUPERIORE A 8 GIORNI RICONOSC 85% ;5)VAL. OTTIMA > 95% FATTURE PAGATE NEI TEMPI FISSATI, PURCHÈ MEDIA COMPLESSIVA NON SUPERIORE A 7,5 GIORNI RICONOSC 100% ;;	> 80%	> 85%	> 90%
AGREF	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO	MONITORAGGIO BIMESTRALE SULLE FATTURE NON LIQUIDATE	TRASMISSIONE ENTRO LA FINE DI CIASCUN BIMESTRE, DI UN REPORT A CIASCUN CENTRO DI LIQUIDAZIONE, CONTENETE FATTURE NON LIQUIDATE CON SEPARATA EVIDENZA DELLE FATTURE BLOCCHATE.	INVIO REPORTISTICA AI CENTRI LIQUIDATORI	1)VAL. PESSIMA NESSUN REPORT INVIATO RICONOSC 0% ;2)VAL. SCARSA INVIATI ALMENO 2 REPORT RICONOSC 30% ;3)VAL. MEDIA INVIATI ALMENO 4 REPORT RICONOSC 60% ;4)VAL. BUONA INVIATI TUTTI E 6 I REPORT CON UN RITARDO ANNUO NELLE TRASMISSIONI NON SUPERIORE A 60 GIORNI RICONOSC 85% ;5)VAL. OTTIMA INVIATI TUTTI E 6 I REPORT CON UN RITARDO ANNUO NELLE TRASMISSIONI COMPLESSIVAMENTE NON SUPERIORE A 30 GIORNI RICONOSC 100%;	invio report previsti con ritardo annuale <60 gg.	invio report previsti con ritardo annuale <60 gg.	invio report previsti con ritardo annuale <30 gg.
UOSVD APPALTI	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	AZZERAMENTO DEI CONTRATTI IN PROROGA ESISTENTI ALLA DATA DEL 31/12/2019 E RIDUZIONE DEL VALORE DEI CONTRATTI IN PROROGA NEL CORSO DEL 2020.	% NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019 AGGIUDICATI NEL CORSO DEL 2020	% NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019 AGGIUDICATI NEL CORSO DEL 2020 / NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA = 100% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
UOSVD APPALTI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	RIDUZIONE DELLE PROROGHE NEL CORSO DEL 2020 CON RIFERIMENTO AI CONTRATTI IN SCADENZA NEL CORSO DEL MEDESIMO ANNO.	% NUMERO PROROGHE AL 31/12/2020 RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI SCADUTI NEL 2020.	% NUMERO PROROGHE AL 31/12/2020 RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI SCADUTI NEL 2020 / NUMERO PROROGHE AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA = 100% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD APPALTI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	UTILIZZO FONDI FESR / ART. 20	ATTIVAZIONE DI TUTTE LE PROCEDURE RELATIVE ALL'UTILIZZO DELLE FONDI DI FINANZIAMENTO ESTERNO	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA SU FONDI DISPONIBILI	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA / VALORE ECONOMICO DISPONIBILE AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 50% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA FRA 50% E 70% RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA FRA 70% E 80% RICONOSCIMENTO 60% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA FRA 80% E 90% RICONOSCIMENTO 90% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA > 90% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
AREA PATRIMONIO	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO CONTRATTI E CONTABILITA' GENERALE	ELABORAZIONE ENTRO IL 30/04/2020 DI UN REPORT SU FAC-SIMILE CONCORDATO CON LA DIREZIONE STRATEGICA E L'UCG CHE DEFINISCA PER CIASCUNA PROCEDURA IN CORSO DI VALIDITÀ (IVI COMPRESI I CONTRATTI IN PROROGA), ESTREMI DI AGGIUDICAZIONE, DATE DI VALIDITÀ CONTRATTO, CONTO ECONOMICO DI RIFERIMENTO, E L'ONERE PREVISTO PER CIASCUNA ANNUALITÀ DI VALENZA DEL CONTRATTO.	TRASMISSIONE DEL REPORT ALL'UCG A MEZZO SISTEMA TRACCIANTE ENTRO IL 30/04/2020	VERIFICA ESISTENZA TRASMISSIONE REPORT	1)VAL. PESSIMA REPORT NON TRASMESSO RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. BUONA REPORT TRASMESSO OLTRE I TERMINI INDICATI RICONOSCIMENTO 50%; 3) VAL. OTTIMA REPORT TRASMESSO NEI TERMINI PREVISTI RICONOSCIMENTO 100%;	trasmissione report oltre i termini	trasmissione report oltre i termini	trasmissione report nei termini
AREA PATRIMONIO	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO CONTRATTI E CONTABILITA' GENERALE	AGGIORNAMENTO ENTRO IL 30/4/2020 DEL REPORT DI CUI AL PRECEDENTE OBIETTIVO S.S.B. CON LE PROCEDURE IN CORSO DEFINENDO PER LE SOLE ATTIVITÀ ESPLETATE DAL 1° GENNAIO 2020 , CON RIFERIMENTO A CIASCUNA SINGOLA FASE (ES. ADOZIONE DELIBERA, PUBBLICAZIONE G.U., DELIBERA DI AGGIUDICAZIONE, CONTRATTO ECC.) LE DATE DI COMPLETAMENTO DELLE SINGOLE ATTIVITÀ OLTRE ALLE RESTANTI INFORMAZIONI PREVISTE DAL REPORT (CONTO ECONOMICO DI RIFERIMENTO, E L'ONERE PREVISTO PER CIASCUNA ANNUALITÀ DI VALENZA DEL CONTRATTO).	TRASMISSIONE DEL REPORT ALL'UCG A MEZZO SISTEMA TRACCIANTE, CON PERIODICITÀ BIMESTRALE (TRASMISSIONE AL 30/6 - 31/8 - 31/10 - 31/12)	VERIFICA ESISTENZA TRASMISSIONE REPORT	1)VAL. PESSIMA REPORT NON TRASMESSO RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. BUONA REPORT TRASMESSI OLTRE I TERMINI INDICATI RICONOSCIMENTO 50%; 3) VAL. OTTIMA REPORT TRASMESSI NEI TERMINI PREVISTI - CON UNA DILAZIONE COMPLESSIVA MASSIMA TOLLERATA DI 5 GG PER CIASCUN REPORT RICONOSCIMENTO 100%;	trasmissione report oltre i termini	trasmissione report oltre i termini	trasmissione report nei termini

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
AREA PATRIMONIO	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO COSTANTE OBIETTIVI ASSEGNATI ALLE UOSVD DELL'AREA	PORRE IN ESSERE ATTIVITÀ DI VERIFICA SULLO STATO DI AVANZAMENTO DEGLI OBIETTIVI DA PARTE DELLE UOSVD DI APPARTENENZA	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI DA PARTE DELLE AREE	FATTO IL PESO DELL'OBIETTIVO PARI A 100, LO SI DIVIDE PER IL NUMERO DELLE UOSVD DI RIFERIMENTO E SI MOLTIPLICA IL SUB-PESO DI CIASCUNA UOSVD PER LA % DI RAGGIUNGIMENTO COMPLESSIVO DEGLI OBIETTIVI DA PARTE DELLA STESSA.	1)VAL. PESSIMA % RAGGIUNTA < 50%. RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA % RAGGIUNTA FRA 50% E 70% . RICONOSCIMENTO STESSA % RAGGIUNTA; 3) VAL. OTTIMA % RAGGIUNTA > 70% RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
AREA PATRIMONIO	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	UTILIZZO FONDI FESR / ART. 20	ATTIVAZIONE DI TUTTE LE PROCEDURE RELATIVE ALL'UTILIZZO DELLE FONDI DI FINANZIAMENTO ESTERNO	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA SU FONDI DISPONIBILI	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA / VALORE ECONOMICO DISPONIBILE AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 50% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA FRA 50% E 70% RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA FRA 70% E 80% RICONOSCIMENTO 60% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA FRA 80% E 90% RICONOSCIMENTO 90% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA > 90% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
AREA PATRIMONIO	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	ALLINEAMENTO FRA REGISTRO CESPITI E CONTABILITA' GENERALE	GARANTIRE LA TEMPESTIVA ALIMENTAZIONE DEL REGISTRO CESPITI IN RELAZIONE AGLI INCREMENTI REGISTRATI NELLA CONTABILITÀ GENERALE	ELABORAZIONE ENTRO IL 31/03/2020 E 31/03/2021 DI UN REPORT DI QUADRATURA RISPETTIVAMENTE AL 31/12/2019 E 31/12/2020.	% VALORE ECONOMICO PER CONTO CO.GE PRESENTE NEL REGISTRO CESPITI AL 31/12/2019-2020 / COSTO STORICO CONTABILITÀ GENERALE AL 31/12/2019-2020	1)VAL. PESSIMA < 92% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA FRA 92% E 93,99% RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA FRA 94% E 95,99% RICONOSCIMENTO 60% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA FRA 96% E 97,9% RICONOSCIMENTO 90% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA > 97,9% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
AREA PATRIMONIO	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	ALLINEAMENTO FRA REGISTRO CESPITI E CONTABILITA' GENERALE	GARANTIRE LA TEMPESTIVA ALIMENTAZIONE DEL REGISTRO CESPITI IN RELAZIONE AGLI INCREMENTI REGISTRATI NELLA CONTABILITÀ GENERALE	ELABORAZIONE ENTRO IL 31/07 - 31/10 - 31/01 /2021 DI UN REPORT DI QUADRATURA FRA REGISTRO CESPITI E COGE RISPETTIVAMENTE AL 1 SEMESTRE, 3 TRIMESTRE, 4 TRIMESTRE.	% VALORE ECONOMICO PER CONTO CO.GE PRESENTE NEL REGISTRO CESPITI / COSTO STORICO CONTABILITÀ GENERALE AL	1)VAL. PESSIMA < 75% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 4) VAL. BUONA FRA 75% E 85% RICONOSCIMENTO 90% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA > 85% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD COSTRUZIONI	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	AZZERAMENTO DEI CONTRATTI IN PROROGA ESISTENTI ALLA DATA DEL 31/12/2019 E RIDUZIONE DEL VALORE DEI CONTRATTI IN PROROGA NEL CORSO DEL 2020.	% NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019 AGGIUDICATI NEL CORSO DEL 2020	% NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019 AGGIUDICATI NEL CORSO DEL 2020 / NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA = 100% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD COSTRUZIONI	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	RIDUZIONE DELLE PROROGHE NEL CORSO DEL 2020 CON RIFERIMENTO AI CONTRATTI IN SCADENZA NEL CORSO DEL MEDESIMO ANNO.	% NUMERO PROROGHE AL 31/12/2020 RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI SCADUTI NEL 2020.	% NUMERO PROROGHE AL 31/12/2020 RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI SCADUTI NEL 2020 / NUMERO PROROGHE AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA = 100% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
UOSVD COSTRUZIONI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	UTILIZZO FONDI FESR / ART. 20	ATTIVAZIONE DI TUTTE LE PROCEDURE RELATIVE ALL'UTILIZZO DELLE FONDI DI FINANZIAMENTO ESTERNO	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA SU FONDI DISPONIBILI	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA / VALORE ECONOMICO DISPONIBILE AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 50% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA FRA 50% E 70% RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA FRA 70% E 80% RICONOSCIMENTO 60% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA FRA 80% E 90% RICONOSCIMENTO 90% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA > 90% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD ELETTROMEDICALI E SISTEMI INFORMATIVI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	AZZERAMENTO DEI CONTRATTI IN PROROGA ESISTENTI ALLA DATA DEL 31/12/2019 E RIDUZIONE DEL VALORE DEI CONTRATTI IN PROROGA NEL CORSO DEL 2020.	% NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019 AGGIUDICATI NEL CORSO DEL 2020	% NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019 AGGIUDICATI NEL CORSO DEL 2020 / NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA = 100% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD ELETTROMEDICALI E SISTEMI INFORMATIVI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	RIDUZIONE DELLE PROROGHE NEL CORSO DEL 2020 CON RIFERIMENTO AI CONTRATTI IN SCADENZA NEL CORSO DEL MEDESIMO ANNO.	% NUMERO PROROGHE AL 31/12/2020 RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI SCADUTI NEL 2020.	% NUMERO PROROGHE AL 31/12/2020 RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI SCADUTI NEL 2020 / NUMERO PROROGHE AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA = 100% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD ELETTROMEDICALI E SISTEMI INFORMATIVI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	UTILIZZO FONDI FESR / ART. 20	ATTIVAZIONE DI TUTTE LE PROCEDURE RELATIVE ALL'UTILIZZO DELLE FONDI DI FINANZIAMENTO ESTERNO	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA SU FONDI DISPONIBILI	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA / VALORE ECONOMICO DISPONIBILE AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 50% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA FRA 50% E 70% RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA FRA 70% E 80% RICONOSCIMENTO 60% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA FRA 80% E 90% RICONOSCIMENTO 90% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA > 90% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
AREA TECNICA	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO CONTRATTI E CONTABILITA' GENERALE	ELABORAZIONE ENTRO IL 30/04/2020 DI UN REPORT SU FAC-SIMILE CONCORDATO CON LA DIREZIONE STRATEGICA E L'UCG CHE DEFINISCA PER CIASCUNA PROCEDURA IN CORSO DI VALIDITÀ (IVI COMPRESI I CONTRATTI IN PROROGA), ESTREMI DI AGGIUDICAZIONE, DATE DI VALIDITÀ CONTRATTO, CONTO ECONOMICO DI RIFERIMENTO, E L'ONERE PREVISTO PER CIASCUNA ANNUALITÀ DI VALENZA DEL CONTRATTO.	TRASMISSIONE DEL REPORT ALL'UCG A MEZZO SISTEMA TRACCIANTE ENTRO IL 30/04/2020	VERIFICA ESISTENZA TRASMISSIONE REPORT	1)VAL. PESSIMA REPORT NON TRASMESSO RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA REPORT TRASMESSO OLTRE I TERMINI INDICATI RICONOSCIMENTO 50%; 3) VAL. OTTIMA REPORT TRASMESSO NEI TERMINI PREVISTI RICONOSCIMENTO 100%;	transmissio report oltre i termini	transmissio report oltre i termini	trasmissione report nei termini

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
AREA TECNICA	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO CONTRATTI E CONTABILITA' GENERALE	AGGIORNAMENTO ENTRO IL 30/4/2020 DEL REPORT DI CUI AL PRECEDENTE OBIETTIVO S.S.B. CON LE PROCEDURE IN CORSO DEFINENDO PER LE SOLE ATTIVITÀ ESPLETATE DAL 1° GENNAIO 2020 , CON RIFERIMENTO A CIASCUNA SINGOLA FASE (ES. ADOZIONE DELIBERA, PUBBLICAZIONE G.U., DELIBERA DI AGGIUDICAZIONE, CONTRATTO ECC.) LE DATE DI COMPLETAMENTO DELLE SINGOLE ATTIVITÀ OLTRE ALLE RESTANTI INFORMAZIONI PREVISTE DAL REPORT (CONTO ECONOMICO DI RIFERIMENTO, E L'ONERE PREVISTO PER CIASCUNA ANNUALITÀ DI VALENZA DEL CONTRATTO).	TRASMISSIONE DEL REPORT ALL'UCG A MEZZO SISTEMA TRACCIANTE, CON PERIODICITÀ BIMESTRALE (TRASMISSIONE AL 30/6 - 31/8 - 31/10 - 31/12)	VERIFICA ESISTENZA TRASMISSIONE REPORT	1)VAL. PESSIMA REPORT NON TRASMESSO RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. BUONA REPORT TRASMESSI OLTRE I TERMINI INDICATI RICONOSCIMENTO 50%; 3) VAL. OTTIMA REPORT TRASMESSI NEI TERMINI PREVISTI - CON UNA DILAZIONE COMPLESSIVA MASSIMA TOLLERATA DI 5 GG PER CIASCUN REPORT RICONOSCIMENTO 100%;	transmissio report oltre i termini	transmissio report oltre i termini	trasmissione report nei termini
AREA TECNICA	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO COSTANTE OBIETTIVI ASSEGNATI ALLE UOSVD DELL'AREA	PORRE IN ESSERE ATTIVITÀ DI VERIFICA SULLO STATO DI AVANZAMENTO DEGLI OBIETTIVI DA PARTE DELLE UOSVD DI APPARTENENZA	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI DA PARTE DELLE AREE	FATTO IL PESO DELL'OBIETTIVO PARI A 100, LO SI DIVIDE PER IL NUMERO DELLE UOSVD DI RIFERIMENTO E SI MOLTIPLICA IL SUB-PESO DI CIASCUNA UOSVD PER LA % DI RAGGIUNGIMENTO COMPLESSIVO DEGLI OBIETTIVI DA PARTE DELLA STESSA.	1)VAL. PESSIMA % RAGGIUNTA < 50%. RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA % RAGGIUNTA FRA 50% E 70% . RICONOSCIMENTO STESSA % RAGGIUNTA; 3) VAL. OTTIMA % RAGGIUNTA > 70% RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
AREA TECNICA	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	AZZERAMENTO DEI CONTRATTI IN PROROGA ESISTENTI ALLA DATA DEL 31/12/2019 E RIDUZIONE DEL VALORE DEI CONTRATTI IN PROROGA NEL CORSO DEL 2020. RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI NON AFFERENTI ALLA UOSVD COSTRUZIONI	% NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019 AGGIUDICATI NEL CORSO DEL 2020	% NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019 AGGIUDICATI NEL CORSO DEL 2020 / NUMERO DEI CONTRATTI IN PROROGA AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA = 100% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
AREA TECNICA	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	RIDUZIONE DELLE PROROGHE NEL CORSO DEL 2020 CON RIFERIMENTO AI CONTRATTI IN SCADENZA NEL CORSO DEL MEDESIMO ANNO. RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI NON AFFERENTI ALLA UOSVD COSTRUZIONI	% NUMERO PROROGHE AL 31/12/2020 RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI SCADUTI NEL 2020.	% NUMERO PROROGHE AL 31/12/2020 RELATIVAMENTE AI SOLI CONTRATTI SCADUTI NEL 2020 / NUMERO PROROGHE AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA = 100% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
AREA TECNICA	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	UTILIZZO FONDI FESR / ART. 20	ATTIVAZIONE DI TUTTE LE PROCEDURE RELATIVE ALL'UTILIZZO DELLE FONDI DI FINANZIAMENTO ESTERNO	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA SU FONDI DISPONIBILI	% VALORE ECONOMICO MESSO A GARA / VALORE ECONOMICO DISPONIBILE AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA < 50% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA FRA 50% E 70% RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA FRA 70% E 80% RICONOSCIMENTO 60% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA FRA 80% E 90% RICONOSCIMENTO 90% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA > 90% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
AREA TECNICA	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO COSTANTE OBIETTIVI ASSEGNATI ALLE UOSVD DELL'AREA	PORRE IN ESSERE ATTIVITÀ DI VERIFICA SULLO STATO DI AVANZAMENTO DEGLI OBIETTIVI DA PARTE DELLE UOSVD DI APPARTENENZA	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI DA PARTE DELLE AREE	FATTO IL PESO DELL'OBIETTIVO PARI A 100, LO SI DIVIDE PER IL NUMERO DELLE UOSVD DI RIFERIMENTO E SI MOLTIPLICA IL SUB-PESO DI CIASCUNA UOSVD PER LA % DI RAGGIUNGIMENTO COMPLESSIVO DEGLI OBIETTIVI DA PARTE DELLA STESSA.	1)VAL. PESSIMA % RAGGIUNTA < 50%. RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA % RAGGIUNTA FRA 50% E 70% . RICONOSCIMENTO STESSA % RAGGIUNTA; 3) VAL. OTTIMA % RAGGIUNTA > 70% RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
UVARP E DIREZIONI SAN	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	ATTIVITA' DI CONTROLLO SULLE ATTIVITA' DI RICOVERO	PORRE IN ESSERE I CONTROLLI NEI TERMINI E NEL RISPETTO DELLE % PREVISTE DALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO (DGR 90/2019 E S.M.I.) SULLE STRUTTURE ESTERNE E SULLE STRUTTURE OSPEDALIERE.	% CONTROLLI EFFETTUATI	% CONTROLLI EFFETTUATI / CONTROLLI DA EFFETTUARE	1)VAL. PESSIMA < 60% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA FRA 60% E 70% RICONOSCIMENTO 30% DEL PESO PREVISTO ; 3) VAL. MEDIA FRA 70% E 90% RICONOSCIMENTO 50% DEL PESO PREVISTO 4) VAL. BUONA FRA 90% E 100% RICONOSCIMENTO 70% DEL PESO PREVISTO; 5) VAL. OTTIMA >= 100% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
UVARP	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	ATTIVITA' DI CONTROLLO SULLE ATTIVITA' DI RICOVERO	VERIFICHE FINALIZZATE AL PAGAMENTO DELLE FATTURE PASSIVE RELATIVE AI RICOVERI E AD ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE IN TEMPI UTILI PER IL RISPETTO DEI TEMPI PREVISTI DALLA LEGGE	REDAZIONE DI VERBALI DI VERIFICA UTILI ALLA QUANTIFICAZIONE DEGLI IMPORTI DA LIQUIDARE (STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE) ENTRO LA SCADENZE FISSATA DALL'AZIENDA. DAL VERBALE DOVRÀ POTERSI RILEVARE IMPORTO DA PAGARE ED IMPORTO DA CONTESTARE.	DATA VERBALE <= DATA SCADENZA TERMINE PER EFFETTUARE LA LIQUIDAZIONE	1)VAL. PESSIMA < 46% DELLE FATTURE VERIFICATE ENTRO IL TERMINE FISSATO DALL'AZIENDA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 3) VAL. MEDIA FRA 46 % AL 89% DELLE FATTURE VERIFICATE ENTRO IL TERMINE FISSATO DALL'AZIENDA RICONOSCIMENTO IN PROPORZIONE ALLA % RAGGIUNTA; 5) VAL. OTTIMA >= 89,9% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
SBL	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE COSTO CONFERIMENTO INCARICHI	RIDUZIONE DEL RICORSO AD INCARICHI ESTERNI. CONTENIMENTO DELLA SPESA PER LA COSTITUZIONE DI NUOVI GIUDIZI	NUMERO INCARICHI ESTERNI/NUMERO COSTITUZIONI TOTALI (AL NETTO DI MAGISTRATURE SUPERIORI, IPOTESI DI INCOMPATIBILITÀ)	NUMERO INCARICHI ESTERNI/NUMERO COSTITUZIONI TOTALI (AL NETTO DI MAGISTRATURE SUPERIORI, IPOTESI DI INCOMPATIBILITÀ)	1)VAL. PESSIMA % ANNO N >= % ANNO N-1 PRECEDENTE RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. SCARSA RIDUZIONE DELLA % DELL'ANNO N-1 DALLO 0 AL 20% RICONOSCIMENTO 40 ;3) VAL. MEDIA RIDUZIONE DELLA % DELL'ANNO N-1 DALLO 21% AL 30% RICONOSCIMENTO 70 4) VAL. BUONA RIDUZIONE DELLA % DELL'ANNO N-1 DALLO 31% AL 50% RICONOSCIMENTO 90 5) VAL. OTTIMA RIDUZIONE DELLA % DELL'ANNO N-1 SUPERIORE AL 50% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
SBL	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVA DEFINIZIONE DEI CASI PREVISTI DAL COMITATO VALUTAZIONE RISCHI	PARTECIPAZIONE IN QUALITÀ DI COMPONENTE/DIRIGENTE AVVOCATO ALL'ATTIVITÀ DEL COMITATO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEI SINISTRI	VALUTAZIONE SISTEMATICA DEI CASI DI RICHIESTE RISARCITORIE STRAGIUDIZIALI	NUMERO CASI DEFINITI/NUMERO CASI VALUTABILI (ANNO 2020)	1)VAL. PESSIMA < 20 % DEI CASI VALUTABILI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA % FRA IL 21% E IL 70% DEI CASI VALUTABILI RICONOSCIMENTO 75 3) VAL. OTTIMA > 70% DEI CASI VALUTABILI. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
SBL	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVA DEFINIZIONE DEI CASI PREVISTI DAL COMITATO VALUTAZIONE RISCHI	PARTECIPAZIONE IN QUALITÀ DI COMPONENTE/DIRIGENTE AVVOCATO ALL'ATTIVITÀ DEL COMITATO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEI SINISTRI	VALUTAZIONE SISTEMATICA DEI CASI DI RICHIESTE RISARCITORIE STRAGIUDIZIALI	NUMERO CASI DEFINITI/NUMERO CASI VALUTABILI (ANNO 2019)	1)VAL. PESSIMA < 60 % RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA % FRA IL 60% E IL 90% RICONOSCIMENTO 75 3) VAL. OTTIMA > 90% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
SBL	ASPETTI ECONOMICI O-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MIGLIORAMENTO DELLE STRATEGIE DIFENSIVE FINALIZZATE A RIDURRE LE SOCCOMBenze IN GIUDIZIO	VALUTAZIONE SULL'OPPORTUNITÀ DI RESISTERE IN GIUDIZIO SOLO NEI CASI IN CUI SI DISPONE DI ADEGUATA DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO DELLE TESI AZIENDALI.	% DI GIUDIZI SFAVOREVOLI	% DI GIUDIZI SFAVOREVOLI / % DI GIUDIZI CONCLUSI NEL CORSO DELL'ANNO	1)VAL. PESSIMA % GIUDIZI SFAVOREVOLI 2020 > % GIUDIZI SFAVOREVOLI 2019 RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA % GIUDIZI SFAVOREVOLI 2020 COMPRESA FRA L'80% E IL 100% DELLA % GIUDIZI SFAVOREVOLI 2019 RICONOSCIMENTO 60 3) VAL. BUONA % GIUDIZI SFAVOREVOLI 2020 COMPRESA FRA L'60% E L' 80% DELLA % GIUDIZI SFAVOREVOLI 2019 RICONOSCIMENTO 90 3) VAL. OTTIMA % GIUDIZI SFAVOREVOLI 2020 < L'60% DELLA % GIUDIZI SFAVOREVOLI 2019. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
MEDICINA LEGALE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVA DEFINIZIONE DEI CASI PREVISTI DAL COMITATO VALUTAZIONE RISCHI	PARTECIPAZIONE IN QUALITÀ DI COMPONENTE/DIRIGENTE AVVOCATO ALL'ATTIVITÀ DEL COMITATO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEI SINISTRI	VALUTAZIONE SISTEMATICA DEI CASI DI RICHIESTE RISARCITORIE STRAGIUDIZIALI	NUMERO CASI DEFINITI/NUMERO CASI VALUTABILI (ANNO 2020)	1)VAL. PESSIMA < 20 % DEI CASI VALUTABILI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA % FRA IL 21% E IL 70% DEI CASI VALUTABILI RICONOSCIMENTO 75 3) VAL. OTTIMA > 70% DEI CASI VALUTABILI. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
MEDICINA LEGALE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVA DEFINIZIONE DEI CASI PREVISTI DAL COMITATO VALUTAZIONE RISCHI	PARTECIPAZIONE IN QUALITÀ DI COMPONENTE/DIRIGENTE AVVOCATO ALL'ATTIVITÀ DEL COMITATO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEI SINISTRI	VALUTAZIONE SISTEMATICA DEI CASI DI RICHIESTE RISARCITORIE STRAGIUDIZIALI	NUMERO CASI DEFINITI/NUMERO CASI VALUTABILI (ANNO 2019)	1)VAL. PESSIMA < 60 % RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA % FRA IL 60% E IL 90% RICONOSCIMENTO 75 3) VAL. OTTIMA > 90% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
FORMAZIONE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MIGLIORAMENTO DELL'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL PERSONALE DIPENDENTE	ALIMENTAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO FINALIZZATO A MONITORARE L'ATTIVITÀ FORMATIVA DI CIASCUN DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO.	ALIMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	ALIMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	1)VAL. PESSIMA REPORT NON ALIMENTATO RICONOSCIMENTO 0%; 3) VAL. OTTIMA, REPORT ELABORATO CON TUTTI I CORSI EFFETTUATI E TUTTO IL PERSONALE PARTECIPANTE RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	elaborazione documento	elaborazione documento	elaborazione documento
FORMAZIONE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	ELABORAZIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE ANNUALE	DEFINIZIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE ANNUALE SULLA BASE DELLE INDICAZIONI DELLA DIREZIONE STRATEGICO-AZIENDALE	PREDISPOZIONE E TRASMISSIONE ALLA DIREZIONE DEL PAF ENTRO IL 31/01/2020 PER L'ANNO CORRENTE ENTRO IL 30/11/2020 PER L'ANNO 2021	VERIFICA ESISTENZA DEI DUE DOCUMENTI	1)VAL. PESSIMA NESSUN PIANO PREDISPOST RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. MEDIA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO ENTRO 30 GIORNI DALLA SCADENZA DEFINITA RICONOSCIMENTO 50%; 3) VALUTAZIONE OTTIMA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO ENTRO IL TERMINE PREVISTO RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione piano < 30 gg. Termine scadenza	predisposizione piano < 30 gg. Termine scadenza	predisposizione piano nei termini
FORMAZIONE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	REGOLAMENTO SULLA FORMAZIONE	PROPOSTA DI DELIBERAZIONE SUL REGOLAMENTO DELLA FORMAZIONE CHE DISCIPLINI LE MODALITÀ E LE PROCEDURE SIA CON RIFERIMENTO A CORSI INTERNI CHE ESTERNI	PREDISPOZIONE E TRASMISSIONE ALLA DIREZIONE ENTRO IL 31/03/2020 DELLA PROPOSTA DI REGOLAMENTO.	VERIFICA ESISTENZA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE	1)VAL. PESSIMA NESSUN PIANO PREDISPOST RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. MEDIA PREDISPOSTO SOLO IL PIANO A VALENZA PER L'ANNO 2020 ENTRO IL TERMINE PREVISTO OVVERO ENTRO 30 GIORNI DALLA SCADENZA DEFINITA RICONOSCIMENTO 50%; 3) VALUTAZIONE OTTIMA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO 2020 ENTRO IL 30/4 E DEL PIANO 2021 ENTRO IL 31/12/2020 RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione piano < 30 gg. Termine scadenza	predisposizione piano < 30 gg. Termine scadenza	predisposizione piano nei termini
UOSVD SICUREZZA	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORARE IL CONTROLLO SANITARIO DEL PERSONALE DIPENDENTE	ALIMENTAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO FINALIZZATO A MONITORARE LE VISITE DI IDONEITÀ DI CIASCUN DIPENDENTE.	ALIMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	ALIMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	1)VAL. PESSIMA REPORT NON ALIMENTATO RICONOSCIMENTO 0%; 3) VAL. OTTIMA, REPORT ELABORATO CON TUTTI I CORSI EFFETTUATI E TUTTO IL PERSONALE PARTECIPANTE RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	elaborazione documento	elaborazione documento	elaborazione documento

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
UOSVD SICUREZZA	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	SOTTOPORRE A VISITA MEDICA ENTRO IL 30/06/2020 TUTTO IL PERSONALE DIPENDENTE A CUI RISULTA SCADUTO IL CONTROLLO ALLA DATA DEL 31/12/2019;	SOTTOPORRE A VISITA IL PERSONALE PRIVO DI CERTIFICATO DI IDONEITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ	% DIPENDENTI SOTTOPOSTI A VISITA	% DIPENDENTI SOTTOPOSTI A VISITA / DIPENDENTI CON CERTIFICATO SCADUTO AL 31/12/2019	1)VAL. PESSIMA % INFERIORE DEL 45% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA % FRA 45% E 89% RICONOSCIMENTO PROPORZIONALE 3) VAL. OTTIMA % > 89% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD SICUREZZA	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	GARANTIRE ALLA DATA DEL 31/12/2020 CHE TUTTO IL PERSONALE DIPENDENTE ABBA UN CERTIFICATO DI IDONEITÀ NON SCADUTO	SOTTOPORRE A VISITA IL PERSONALE SENZA VISITA O CON VISITA SCADUTA	% DIPENDENTI SOTTOPOSTI CON CERTIFICATO IN CORSO DI VALIDITÀ	% DIPENDENTI CON CERTIFICATO VALIDO / DIPENDENTI IN SERVIZIO.	1)VAL. PESSIMA % INFERIORE DEL 75% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. BUONA % FRA 75% E 90% RICONOSCIMENTO PROPORZIONALE 3) VAL. OTTIMA % > 90% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
UOSVD SICUREZZA	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MIGLIORAMENTO DELL'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL PERSONALE DIPENDENTE	ALIMENTAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO FINALIZZATO A MONITORARE LE LIMITAZIONI RICONOSCIUTE A CIASCUN DIPENDENTE.	ALIMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	ALIMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	1)VAL. PESSIMA REPORT NON ALIMENTATO RICONOSCIMENTO 0%; 3) VAL. OTTIMA, REPORT ELABORATO CON TUTTE LE INFORMAZIONI PREVISTE RICONOSCIMENTO 100%;	elaborazione documento	elaborazione documento	elaborazione documento
TRASFUSIONALE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN MATERIA DI RETE OSPEDALIERA E DI RIEQUILIBRIO OSPEDALE- TERRITORIO. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	SVILUPPARE ATTIVITÀ DI PROMOZIONE ALLA DONAZIONE DEL SANGUE CON ASSOCIAZIONI, SCUOLE, ECC.	NUMERO DI INCONTRI DOCUMENTATI	NUMERO DI INCONTRI DOCUMENTATI	1)VAL. PESSIMA MENO DI 3 INCONTRI DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 3 E 6 INCONTRI DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 75% 3) OLTRE 6 INCONTRI DOCUMENTATI. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	almeno n. 4 incontri	almeno n. 5 incontri	almeno n. 6 incontri
TRASFUSIONALE	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN MATERIA DI RETE OSPEDALIERA E DI RIEQUILIBRIO OSPEDALE- TERRITORIO. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA DONAZIONE DI SANGUE FORMAZIONE DEL PERSONALE AZIENDALE SULL'IMPORTANZA DELLE DONAZIONI E LA CORRETTA INFORMAZIONE AL PAZIENTE	NUMERO DI INCONTRI DOCUMENTATI	NUMERO DI INCONTRI DOCUMENTATI	1)VAL. PESSIMA MENO DI 6 INCONTRI DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 6 E 10 INCONTRI DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 75% 3) OLTRE 10 INCONTRI DOCUMENTATI. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	almeno n. 7 incontri	almeno n. 8 incontri	almeno n. 10 incontri
STRUTTURE PREPOSTE AGLI APPROVVIGIONAMENTI	ASPETTI ECONOMICI- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	TEMPESTIVO E CORRETTO SODDISFACIMENTO DELLE RICHIESTE IN RELAZIONE AL FABBISOGNO AZIENDALE	INCREMENTO PROCEDURE IN ECONOMIA OVE NECESSARIE	NUMERO PROCEDURE ESEGUITE	PROCEDURE EFFETTUATE / PROCEDURE RICHIESTE	1)VAL. PESSIMA < 60% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 60% E 80% RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA > 80% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
STRUTTURE APPALTANTI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MONITORAGGIO DEI TEMPI DI COMPLETAMENTO DELLE PROCEDURE DI GARA	VERIFICA RISPETTO DEI TEMPI PROGRAMMATI PER LA CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO E DEI TEMPI EFFETTIVAMENTE IMPIEGATI. AL RIGUARDO SI SEGNALE CHE CISCUNA STRUTTURA DOVRÀ ALLEGARE A CIASCUN ATTO DELIBERATIVO DI AVVIO DELLA PROCEDURA UNA SCHEDA CHE INDIVIDUI LE SINGOLE FASI ENDOPROCEDURALI CON RELATIVE DATE DI COMPLETAMENTO E DATA STIMATA DI AGGIUDICAZIONE FINALE (SOMMA DEI TEMPI PREVISTI PER LE SINGOLE FASI)	GIORNI DI RITARDO COMPLESSIVO DI TUTTE LE PROCEDURE PROGRAMMATE COME AGGIUDICAZIONI 2020 .	VERIFICA PER LE PROCEDURE PER LE QUALI È PROGRAMMATA LA CONCLUSIONE ENTRO IL 2020 DELLE DATE DI EFFETTIVO COMPLETAMENTO DELLA PROCEDURA (INVIO PROPOSTA DI DELIBERAZIONE AGGIUDICAZIONE) E CALCOLO DELLE DIFFERENZE.	1)VAL. PESSIMA GG RITARDO COMPLESSIVI > GG 30 PER PROCEDURA DA CONCLUDERE ENTRO IL 31/12 RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA GG RITARDO COMPLESSIVI > GG 20 PER PROCEDURA RICONOSC 30% ; 3)VAL. MEDIA GG RITARDO COMPLESSIVI > GG 10 PER PROCEDURA RICONOSC 70% ; 4)VAL. BUONA GG RITARDO COMPLESSIVI > GG 5 PER PROCEDURA RICONOSC 90% ; 5)VAL. OTTIMA GG RITARDO COMPLESSIVI < GG 5 PER PROCEDURA RICONOSC 100%)	Tempi ritardo <10 gg. Per procedura	Tempi ritardo <7 gg. Per procedura	Tempi ritardo < 5 gg. Per procedura
STAZIONI APPALTANTI UTILIZZANTI FONDI ART. 20 E FESR	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	UTILIZZO FONDI FESR / ART. 20	ELABORAZIONE DI UNA REPORTISTICA CHE EVIDENZI TUTTE LE PROCEDURE DI FINANZIAMENTO NON UTILIZZATE ALLA DATA DEL 31/12/2019 E AGGIORNAMENTO CON I FINANZIAMENTI ASSEGNATI NEL CORSO DEL 2020 E INDICAZIONE ALLA DATA DEL 31/12/2020 CON RIFERIMENTO A CIASCUN FINANZIAMENTO L'EVENTUALE REVOCA INTERVENUTA NEL CORSO DEL 2020.	% VALORE ECONOMICO REVOCA 2020 SU FINANZIAMENTI	% VALORE ECONOMICO REVOCA 2020 / VALORE COMPLESSIVO FINANZIAMENTI DISPONIBILI AL 31/12/2019 E ASSEGNATI 2020 (AL NETTO DEI FINANZIAMENTI PER STRUTTURE OSPEDALIERE)	1)VAL. PESSIMA > 10% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 5% E 10% RICONOSCIMENTO 80% DEL PESO PREVISTO 3) VAL. OTTIMA < 5% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
DISTRETTI	ASPETTI ECONOMICI O- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	RIDUZIONE SPESA ASSISTENZA PROTESICA	PORRE IN ESSERE ATTIVITÀ DI CONTROLLO FINALIZZATE A GARANTIRE IL RISPETTO DEL VINCOLO FINANZIARIO PREVISTO DALLA REGIONE SULLA SPESA PROTESICA	RISPETTO DEL BUDGET ASSEGNATO	VERIFICA RISPETTO BUDGET PREVISTO	1)VAL. PESSIMA COSTO 2020 > COSTO 2019 RIDOTTO DEL 5% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA COSTO 2020 <= COSTO 2019 RIDOTTO DEL 5% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	costo 2020 <costo 2019 del 5%	costo 2020 <costo 2019 del 5%	costo 2020 <costo 2019 del 5%
FARMACIE OSPEDALIERE / TERRITORIALI	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CORRETTA GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI	ORDINI COERENTI CON IL CONSUMO DEL PRODOTTO REGISTRATO NEL PERIODO PRECEDENTE.	ALLA FINE DI CIASCUN TRIMESTRE GIACENZE FINALE PRODOTTO / GIACENZA INIZIALE PRODOTTO NON DOVRÀ ESSERE SUPERIORE AL 120%	PRODOTTI CON GIAC FINALE SUPERIORE AL 120% DI QUELLE INIZIALE / TOTALE PRODOTTI MOVIMENTATI	1)VAL. PESSIMA > 20% . RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 15 E 20 % . RICONOSC 30% 3) VAL. MEDIA FRA 10 E 15% . RICONOSC 50% ; 4)VAL. BUONA FRA 5 E 10 % . RICONOSC 70% ;5) VAL. OTTIMA < 5% . RICONOSC 100%	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
DISTRETTI	ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA	1) ELABORAZIONE DI ALMENO TRE REPORT NEL CORSO DELL'ANNO, DAL QUALE SI EVINCANO MMG E PLS DEL DISTRETTO CON VALORE MEDIO PRO-CAPITE DELLE PRESCRIZIONI, SUPERIORI ALLA MEDIA REGIONALE E AUDIT VERBALIZZATO DI CIASCUN MEDICO ATTENZIONATO;	PRESENZA DEI VERBALI DI AUDIT MMG / PLS	NUMERO MEDICI ATTENZIONATI CONTROLLATI / NUMERO MEDICI ATTENZIONATI PRESENTI NEL REPORT	1)VAL. PESSIMA < 40% DEI MEDICI PRESENTI NEI VERBALI DI AUDIT, RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 40,1 E 60% DEI MEDICI PRESENTI NEI VERBALI DI AUDIT RICONOSC 30% ; 3)VAL. MEDIA 60,1 E 80% RICONOSC 60% ; 4)VAL. BUONA FRA IL 80,1 E 95% DEI MEDICI PRESENTI NEI VERBALI DI AUDIT RICONOSC 85% ;5)VAL. OTTIMA ALMENO IL 95% DEI MEDICI ATTENZIONATI CONTROLLATI RICONOSC 100%)	> 80%	> 85%	> 90%
DISTRETTI	ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA	AVVIO DEL PROCEDIMENTO CON NOTA FORMALE NEI CONFRONTI DEI MEDICI SEGNALATI DALL'AREA FARMACEUTICA E PER I QUALI È STATA RILEVATA INAPPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E NON ADERENZA ALLA NORMATIVA	PRESENZA DELLE NOTE DI AVVIO DEL PROCEDIMENTO	NUMERO MEDICI ATTENZIONATI CONTROLLATI / NUMERO MEDICI ATTENZIONATI SEGNALATI DALL'AREA FARMACEUTICA	1)VAL. PESSIMA < 40% DEI MEDICI NEI CONFRONTI DEI QUALI È STATO AVVIATO IL PROCEDIMENTO, RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 40,1 E 60% DEI MEDICI NEI CONFRONTI DEI QUALI È STATO AVVIATO IL PROCEDIMENTO RICONOSC 30% ; 3)VAL. MEDIA FRA 60,1 E 80% DEI MEDICI NEI CONFRONTI DEI QUALI È STATO AVVIATO IL PROCEDIMENTO RICONOSC 60% ; 4)VAL. BUONA FRA 80,1 E 90% DEI MEDICI NEI CONFRONTI DEI QUALI È STATO AVVIATO IL PROCEDIMENTO RICONOSC 85% ;5) VAL. OTTIMA >95% MEDICI NEI CONFRONTI DEI QUALI È STATO AVVIATO IL PROCEDIMENTO RICONOSC 100%)	> 80%	> 85%	> 90%
CENTRI PRESCRITTO RI ALTO COSTO	ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	ELABORAZIONE REPORTISTICA MENSILE PER IL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONE DI FARMACI AD ALTO COSTO	ELABORAZIONE MENSILE REPORT PER IL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI MENSILI DI FARMACI AD ALTO COSTO	VERIFICA INVIO REPORTISTICA MENSILE	1)VAL. PESSIMA REPORTISTICA NON INIVATA; RICONOSCIMENTO 0% 2) VAL. MEDIA INVIO DI ALMENO 10 RELAZIONI NEI TERMINI PREVISTI OVVERO DI INVIO DELLE 12 RELAZIONE FUORI TERMINE PREVISTO RICONOSCIMENTO 70%; 3) VAL. OTTIMA INVIO DELLE 12 RELAZIONI ENTRO I TERMINI PREVISTI . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	almeno 10 relazioni nei termini	almeno 10 relazioni nei termini	almeno 12 relazioni nei termini

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
DIREZIONI SANITARIE / FARMACIE OSPEDALIERE	ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	ATTIVARE ALMENO UN CONTROLLO BIMESTRALE D'INTESA CON L'ALTRO SOGGETTO SOTTOPOSTO A CONTROLLO (ES. DIREZIONE SANITARIA CONTROLLA I MESI PARI E FARMACIA OSPEDALIERA CONTROLLA I MESI DISPARI) PER LA VERIFICA SU CIASCUNA STRUTTURA FINALIZZATO AD ACCERTARE LA SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DI FARMACI ALLA DIMISSIONE DA PARTE DELLA STESSA, CHE DOVRÀ ESSERE COMPROVATA ATTRAVERSO L'INSERIMENTO NELLA CARTELLA CLINICA DI COPIA DELLA PRESCRIZIONE EFFETTUATA IN EDOTTO.	NUMERO DI CONTROLLI EFFETTUATI	% CONTROLLI EFFETTUATI COME RISULTANTI DA VERBALE DI AUDIT / CONTROLLI PREVISTI	1)VAL. PESSIMA < 30% DEI CONTROLLI EFFETTUATI. RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 30 E 49,9% DEI CONTROLLI EFFETTUATI. RICONOSC 30% 3)VAL. MEDIA FRA 50 E 70% DEI CONTROLLI EFFETTUATI. RICONOSC 50% ; 4)VAL. BUONA FRA 71 E 90% DEI CONTROLLI EFFETTUATI. RICONOSC 80% ;5) VAL. OTTIMA >90% DEI CONTROLLI EFFETTUATI RICONOSC 100%)	> 80%	> 85%	> 90%
UNITA' DI DEGENZA	ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	INCREMENTARE LA SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DI FARMACI ALLA DIMISSIONE DA PARTE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE	SEGNALAZIONI EFFETTUATE DAI SOGGETTI RELATIVAMENTE ALL'OBIETTIVO N1.36	% NUMERO DI SEGNALAZIONI NEGATIVE / NUMERO DI DIMISSIONI CONTROLLATE	1)VAL. PESSIMA > 40% . RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 30 E 40% . RICONOSC 30% 3)VAL. MEDIA FRA 21 E 30%. RICONOSC 50% ; 4)VAL. BUONA FRA 10 E 20% . RICONOSC 80% ;5) VAL. OTTIMA <10% RICONOSC 100%)	> 80%	> 85%	> 90%
DISTRETTI	ASSISTENZA TERRITORIALE	POTENZIAMENTO TEMPESTIVITÀ EROGAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE / RICOVERI IN STRUTTURE	RIDUZIONE DEI TEMPI PER LA VALUTAZIONE DEI CASI IN UVM	GIORNI DECORRENTI DALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA ALLA DATA DI VALUTAZIONE IN UVM	SOMMA DI GIORNI (DATA VERBALE UVM - DATA PROTOCOLLAZIONE ISTANZA) / NUMERO DI ISTANZE PERVENUTE E PROTOCOLLATE NELL'ANNO.	1)VAL. PESSIMA > 15 GIORNI MEDI RICONOSC 0% ; 2)VAL. BUONA MEDIA COMPRESA FRA 10 E 15 GIORNI RICONOSC 80% ;3)VAL. OTTIMA MEDIA < 10 GIORNI RICONOSC 100%;	n. gg<15	n. gg<15	n. gg<10

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
DISTRETTI	ASSISTENZA TERRITORIALE	POTENZIAMENTO TEMPESTIVITÀ EROGAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE / RICOVERI IN STRUTTURE PER GLI ONCOLOGICI.	RIDUZIONE DEI TEMPI PER LA VALUTAZIONE DEI CASI IN UVM	GIORNI DECORRENTI DALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA ALLA DATA DI VALUTAZIONE IN UVM	SOMMA DI GIORNI (DATA VERBALE UVM - DATA PROTOCOLLAZIONE ISTANZA) / NUMERO DI ISTANZE PERVENUTE E PROTOCOLLATE NELL'ANNO.	1)VAL. PESSIMA > 4,99 GG MEDI RICONOSC 0% ; 2) VAL. OTTIMA MINORE DI < 5 GIORNI RICONOSC 100%;	n. gg<5	n. gg<5	n. gg<5
SERT	ASSISTENZA TERRITORIALE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA LUDOPATIA	NUMERO DI PAZIENTI PRESI IN CARICO	NUMERO DI PAZIENTI PRESI IN CARICO AL 31/12/2020 /NUMERO RICHIESTE TOTALI	1)VAL. PESSIMA % < 60% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA % COMPRESA FRA IL 60% E L'80% RICONOSCIMENTO 65% 3) VAL. OTTIMA % > 80% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
SERT	ASSISTENZA TERRITORIALE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA ALTRE DIPENDENZE PATOLOGICHE (ES. ALCOLISMO, TOSSICODIPENDENZA ECC.)	NUMERO DI PAZIENTI PRESI IN CARICO	NUMERO DI PAZIENTI PRESI IN CARICO AL 31/12/2020 /NUMERO RICHIESTE TOTALI	1)VAL. PESSIMA % < 60% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA % COMPRESA FRA IL 60% E L'80% RICONOSCIMENTO 65% 3) VAL. OTTIMA % > 80% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
SERT	ASSISTENZA TERRITORIALE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI	PROMOZIONE E SENSIBILIZZAZIONE SUI PERICOLI CONNESSI ALLA PATOLOGIA DEL GIOCO	NUMERO DI INCONTRI DOCUMENTATI PRESSO SCUOLE E/O ASSOCIAZIONI	NUMERO DI INCONTRI DOCUMENTATI	1)VAL. PESSIMA MENO DI 6 INCONTRI DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 6 E 10 INCONTRI DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 75% 3) OLTRE 10 INCONTRI DOCUMENTATI. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	n. incontri >7	n. incontri >8	n. incontri >10
SERT	ASSISTENZA TERRITORIALE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI	MONITORAGGIO FABBISOGNO ASSISTENZIALE ATTRAVERSO UNA RILEVAZIONE CHE CONSENTA DI MONITORARE I FABBISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI AFFERENTI ALLA STRUTTURA	ADOZIONE DI UNA PROCEDURA CHE CONSENTA DI MONITORARE I FABBISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI AFFERENTI ALLA STRUTTURA, AVENDO CURA DI DETERMINARE E REGISTRARE PER CIASCUN ASSISTITO LE SEGUENTI INFORMAZIONI: 1) DATA INIZIALE DI MANIFESTAZIONE DEL FABBISOGNO; 2) TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DI CUI IL PAZIENTE NECESSITÀ; 3) DATA DI EFFETTIVA PRESA IN CARICO; 4) STIMA MEDIA DI FABBISOGNO ASSISTENZIALE MENSILE PER CIASCUN PAZIENTE ESPRESSA IN ORE E RELATIVA AI SOLI FABBISOGNI DA SODDISFARSI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE ASL; 5) DURATA STIMATA IN MESI DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE;	DEFINIZIONE D'INTESA CON UCG DELLA TIPOLOGIA DI REPORTISTICA DA PREDISPORRE ED ENVIO ENTRO IL 30/4/2020 DELLA REPORTISTICA COMPILATA CON LE INFORMAZIONI RELATIVE AI PAZIENTI GIÀ IN CURA O CHE HANNO MANIFESTATO UN FABBISOGNO ASSISTENZIALE AL 31/12/2019. INVIO AL 15/7 - 15/10 E 15/01/2021 DEL REPORT AGGIORNATO CON LE INFORMAZIONI AGGIORNATE AL TRIMESTRE PRECEDENTE.	1)VAL. PESSIMA RILEVAZIONE NON EFFETTUATA O INCOMPLETA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL BUONA INVIO INVIO DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2019 ENTRO I TERMINI PREVISTI O CON UN RITARDO NON SUPERIORE A 30 GIORNI ED INVIO ENTRO IL 31/01/2021 DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2020. RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI TUTTI DI DB RICHIESTI CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 5 INVII NON SUPERIORE A 60 GIORNI. RICONOSCIMENTO 100%	invio almeno 3 DB previsti	invio almeno 4 DB previsti	invio tutti DB previsti con ritardo <60 gg

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
PSICOLOGIA CLINICA	ASSISTENZA TERRITORIALE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI	MONITORAGGIO FABBISOGNO ASSISTENZIALE ATTRAVERSO UNA RILEVAZIONE CHE CONSENTA DI MONITORARE I FABBISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI AFFERENTI ALLA STRUTTURA	ADOZIONE DI UNA PROCEDURA CHE CONSENTA DI MONITORARE I FABBISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI AFFERENTI ALLA STRUTTURA, AVENDO CURA DI DETERMINARE E REGISTRARE PER CIASCUN ASSISTITO LE SEGUENTI INFORMAZIONI: 1) DATA INIZIALE DI MANIFESTAZIONE DEL FABBISOGNO; 2) TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DI CUI IL PAZIENTE NECESSITÀ; 3) DATA DI EFFETTIVA PRESA IN CARICO; 4) STIMA MEDIA DI FABBISOGNO ASSISTENZIALE MENSILE PER CIASCUN PAZIENTE ESPRESSA IN ORE E RELATIVA AI SOLI FABBISOGNI DA SODDISFARSI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE ASL; 5) DURATA STIMATA IN MESI DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE;	DEFINIZIONE D'INTESA CON UCG DELLA TIPOLOGIA DI REPORTISTICA DA PREDISPORRE ED ENVIO ENTRO IL 30/4/2020 DELLA REPORTISTICA COMPILATA CON LE INFORMAZIONI RELATIVE AI PAZIENTI GIÀ IN CURA O CHE HANNO MANIFESTATO UN FABBISOGNO ASSISTENZIALE AL 31/12/2019. INVIO AL 15/7 - 15/10 E 15/01/2021 DEL REPORT AGGIORNATO CON LE INFORMAZIONI AGGIORNATE AL TRIMESTRE PRECEDENTE.	1)VAL. PESSIMA RILEVAZIONE NON EFFETTUATA O INCOMPLETA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL BUONA INVIO INVIO DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2019 ENTRO I TERMINI PREVISTI O CON UN RITARDO NON SUPERIORE A 30 GIORNI ED INVIO ENTRO IL 31/01/2021 DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2020. RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI TUTTI DI DB RICHIESTI CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 5 INVII NON SUPERIORE A 60 GIORNI. RICONOSCIMENTO 100%	invio DB al 31/12/ con ritardo <30 gg	invio DB al 31/12/ con ritardo <30 gg	invio tutti DB previsti con ritardo <60 gg
DSM	ASSISTENZA TERRITORIALE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI	ISTITUZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA PER ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE (H24, H12, DIURNA, GRUPPI APPARTAMENTO)	ADOZIONE DI UNA PROCEDURA CHE CONSENTA DI MONITORARE I FABBISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI AFFERENTI ALLA STRUTTURA, AVENDO CURA DI DETERMINARE E REGISTRARE PER CIASCUN ASSISTITO LE SEGUENTI INFORMAZIONI: 1) DATA INIZIALE DI MANIFESTAZIONE DEL FABBISOGNO; 2) TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DI CUI IL PAZIENTE NECESSITÀ; 3) DATA DI EFFETTIVA PRESA IN CARICO; 4) STIMA MEDIA DI FABBISOGNO ASSISTENZIALE MENSILE PER CIASCUN PAZIENTE ESPRESSA IN ORE E RELATIVA AI SOLI FABBISOGNI DA SODDISFARSI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE ASL; 5) DURATA STIMATA IN MESI DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE;	DEFINIZIONE D'INTESA CON UCG DELLA TIPOLOGIA DI REPORTISTICA DA PREDISPORRE ED ENVIO ENTRO IL 30/4/2020 DELLA REPORTISTICA COMPILATA CON LE INFORMAZIONI RELATIVE AI PAZIENTI GIÀ IN CURA O CHE HANNO MANIFESTATO UN FABBISOGNO ASSISTENZIALE AL 31/12/2019. INVIO AL 15/7 - 15/10 E 15/01/2021 DEL REPORT AGGIORNATO CON LE INFORMAZIONI AGGIORNATE AL TRIMESTRE PRECEDENTE.	1)VAL. PESSIMA RILEVAZIONE NON EFFETTUATA O INCOMPLETA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL BUONA INVIO INVIO DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2019 ENTRO I TERMINI PREVISTI O CON UN RITARDO NON SUPERIORE A 30 GIORNI ED INVIO ENTRO IL 31/01/2021 DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2020. RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI TUTTI DI DB RICHIESTI CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 5 INVII NON SUPERIORE A 60 GIORNI. RICONOSCIMENTO 100%	invio DB al 31/12/ con ritardo <30 gg	invio DB al 31/12/ con ritardo <30 gg	invio tutti DB previsti con ritardo <60 gg
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	ASSISTENZA TERRITORIALE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI	INCREMENTO DELLE ORE DI AMBULATORIO DEDICATE AI PAZIENTI SEGUITI DALLA STRUTTURA	% INCREMENTO ORE DI AMBULATORIO RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	ORE SETTIMANALI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALI ANNO 2020 / ORE SETTIMANALI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALI ANNO 2019	1)VAL. PESSIMA < 110% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA > 109,9% E <= 130% RICONOSCIMENTO PROPORZIONALE DEL PESO PREVISTO 3) VAL. OTTIMA > 130% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	ASSISTENZA TERRITORIALE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI FRAGILI E DEI LORO FAMILIARI	MONITORAGGIO FABBISOGNO ASSISTENZIALE ATTRAVERSO UNA RILEVAZIONE CHE CONSENTA DI MONITORARE I FABBISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI AFFERENTI ALLA STRUTTURA	ADOZIONE DI UNA PROCEDURA CHE CONSENTA DI MONITORARE I FABBISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI AFFERENTI ALLA STRUTTURA, AVENDO CURA DI DETERMINARE E REGISTRARE PER CIASCUN ASSISTITO LE SEGUENTI INFORMAZIONI: 1) DATA INIZIALE DI MANIFESTAZIONE DEL FABBISOGNO; 2) TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DI CUI IL PAZIENTE NECESSITA'; 3) DATA DI EFFETTIVA PRESA IN CARICO; 4) STIMA MEDIA DI FABBISOGNO ASSISTENZIALE MENSILE PER CIASCUN PAZIENTE ESPRESSA IN ORE E RELATIVA AI SOLI FABBISOGNI DA SODDISFARSI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE ASL; 5) DURATA STIMATA IN MESI DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE;	DEFINIZIONE D'INTESA CON UCG DELLA TIPOLOGIA DI REPORTISTICA DA PREDISPORRE ED ENVOIO ENTRO IL 30/4/2020 DELLA REPORTISTICA COMPILATA CON LE INFORMAZIONI RELATIVE AI PAZIENTI GIÀ IN CURA O CHE HANNO MANIFESTATO UN FABBISOGNO ASSISTENZIALE AL 31/12/2019. INVIO AL 15/7 - 15/10 E 15/01/2021 DEL REPORT AGGIORNATO CON LE INFORMAZIONI AGGIORNATE AL TRIMESTRE PRECEDENTE.	1)VAL. PESSIMA RILEVAZIONE NON EFFETTUATA O INCOMPLETA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL BUONA INVIO INVIO DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2019 ENTRO I TERMINI PREVISTI O CON UN RITARDO NON SUPERIORE A 30 GIORNI ED INVIO ENTRO IL 31/01/2021 DEL DB AGGIORNATO AL 31/12/2020. RICONOSCIMENTO 70% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI TUTTI DI DB RICHIESTI CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 5 INVII NON SUPERIORE A 60 GIORNI. RICONOSCIMENTO 100%	invio DB al 31/12/ con ritardo <30 gg	invio DB al 31/12/ con ritardo <30 gg	invio tutti DB previsti con ritardo <60 gg
STRUTTURE EROGANTI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	GOVERNO DELLE LISTE E TEMPI DI ATTESA. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	CREAZIONE AGENDE SPECIFICHE DI PRESA IN CARICO ASSISTITI PER LE BRANCHE SPROVVISTE.	INVIO FORMALE A MEZZO DI SISTEMA TRACCIANTE ENTRO 60 GIORNI DALL'ASSEGNAZIONE DEL PRESENTE OBIETTIVO DI UNA RICHIESTA AL RULA (RESPONSABILE UNICO LISTE DI ATTESA) PER L'APERTURA DI UNA NUOVA AGENDA.	VERIFICA ESISTENZA RICHIESTA	1) VALUTAZIONE OTTIMA IN PRESENZA DI RICHIESTA TRASMESSA ENTRO I TERMINI PREVISTI 100% DEL PESO ATTRIBUITO; 2) VALUTAZIONE MEDIA IN PRESENZA DI RICHIESTA INVIATA OLTRE IL TERMINE DEI 60 GIORNI PURCHÉ ENTRO 60 GIORNI DALLA SCADENZA RICONOSCIUTO 60% DEL PESO, 3) VALUTAZIONE SCARSA IN ASSENZA DI RICHIESTA. RICONOSCIMENTO 0%	invio richiesta entro 60 gg.	invio richiesta entro 60 gg.	invio richiesta nei termini
STRUTTURE EROGANTI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	GOVERNO DELLE LISTE E TEMPI DI ATTESA. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	CREAZIONE AGENDE SPECIFICHE DI PRESA IN CARICO ASSISTITI PER LE BRANCHE SPROVVISTE.	INVIO FORMALE A MEZZO DI SISTEMA TRACCIANTE ENTRO 60 GIORNI DALL'ASSEGNAZIONE DEL PRESENTE OBIETTIVO DI UNA RICHIESTA AL RULA (RESPONSABILE UNICO LISTE DI ATTESA) PER L'APERTURA DI UNA NUOVA AGENDA.	VERIFICA ESISTENZA RICHIESTA	1) VALUTAZIONE OTTIMA IN PRESENZA DI RICHIESTA TRASMESSA ENTRO I TERMINI PREVISTI 100% DEL PESO ATTRIBUITO; 2) VALUTAZIONE MEDIA IN PRESENZA DI RICHIESTA INVIATA OLTRE IL TERMINE DEI 60 GIORNI PURCHÉ ENTRO 60 GIORNI DALLA SCADENZA RICONOSCIUTO 60% DEL PESO, 3) VALUTAZIONE SCARSA IN ASSENZA DI RICHIESTA. RICONOSCIMENTO 0%	invio richiesta entro 60 gg.	invio richiesta entro 60 gg.	invio richiesta nei termini
STRUTTURE EROGANTI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	GOVERNO DELLE LISTE E TEMPI DI ATTESA. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	PRESCRIZIONE E PRENOTAZIONE DIRETTA SULLE AGENDE DI PRESA IN CARICO.	% DI PRESCRIZIONE E PRENOTAZIONE DIRETTE SULL'AGENDA RISPETTO ALLA POTENZIALITÀ MASSIMA;	N. PRESCRIZIONI E PRENOTAZIONI DIRETTE EFFETTUATE SULL'AGENDA / N. PRESTAZIONI MASSIME EROGABILI	1)VAL. PESSIMA OVE SI REGISTRI UNA % INFERIORE AL 60% DELLE PRESTAZIONI EROGABILI; RICONOSCIMENTO 0% 2) VAL. MEDIA OVE SI REGISTRI UNA % COMPRESA FRA IL 60 ED IL 79,9% DELLE PRESTAZIONI EROGABILI RICONOSCIMENTO 60%; 3) VAL. OTTIMA OVE SI REGISTRI UN % SUPERIORE ALL'80% DELLE PRESTAZIONI EROGABILI. RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
STRUTTURE EROGANTI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	GOVERNO DELLE LISTE E TEMPI DI ATTESA. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	INCREMENTO DELLE PRESTAZIONE ESTERNE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	% DI INCREMENTO DEL 5% DELLE PRESTAZIONI ESTERNE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE;	(NUM PREST EST ANNO N - NUM PREST EST ANNO N-1) / NUM PREST EST ANNO N-1	1)VAL. PESSIMA OVE SI REGISTRI UNA % INFERIORE A 0; RICONOSCIMENTO 0% 2) VAL. MEDIA OVE SI REGISTRI UNA % COMPRESA FRA IL 0 E 5% DELLE PRESTAZIONI EROGABILI RICONOSCIMENTO PROPORZIONALE ; 3) VAL. OTTIMA OVE SI REGISTRI UN % SUPERIORE ALL'5%. RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
STRUTTURE EROGANTI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	GOVERNO DELLE LISTE E TEMPI DI ATTESA. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	INCREMENTO DELLE PRESTAZIONI ESTERNE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	% DI INCREMENTO DEL 10% DELLE PRESTAZIONI ESTERNE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE;	(NUM PREST EST ANNO N - NUM PREST EST ANNO N-1) / NUM PREST EST ANNO N-1	1)VAL. PESSIMA OVE SI REGISTRI UNA % INFERIORE A 0; RICONOSCIMENTO 0% 2) VAL. MEDIA OVE SI REGISTRI UNA % COMPRESA FRA IL 0 E 10% DELLE PRESTAZIONI EROGABILI RICONOSCIMENTO PROPORZIONALE ; 3) VAL. OTTIMA OVE SI REGISTRI UN % SUPERIORE ALL'10%. RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
STRUTTURE EROGANTI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	GOVERNO DELLE LISTE E TEMPI DI ATTESA. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	INCREMENTO DELLE PRESTAZIONI ESTERNE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	% DI INCREMENTO DEL 20% DELLE PRESTAZIONI ESTERNE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE;	(NUM PREST EST ANNO N - NUM PREST EST ANNO N-1) / NUM PREST EST ANNO N-1	1)VAL. PESSIMA OVE SI REGISTRI UNA % INFERIORE A 0; RICONOSCIMENTO 0% 2) VAL. MEDIA OVE SI REGISTRI UNA % COMPRESA FRA IL 0 E 20% DELLE PRESTAZIONI EROGABILI RICONOSCIMENTO PROPORZIONALE ; 3) VAL. OTTIMA OVE SI REGISTRI UN % SUPERIORE ALL'20%. RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
LAB ANALISI / RADIOLOGIE / ANAT. PATOLOGICHE	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA E DELLA PERMANENZA IN PS	RIDUZIONE DEI TEMPI DI REFERTAZIONE DEGLI ESAMI RICHIESTI DA PS E REPARTI	GIORNI DECORRENTI DALLA DATA DI RICHIESTA DELL'ESAME ALLA DATA DI REFERTAZIONE	SOMMA DI GIORNI (DATA RICHIESTA - DATA REFERTAZIONE) / NUMERO RICHIESTE DA PS E REPARTI	1)VAL. PESSIMA > ANNO PRECEDENTE RICONOSC 0% ; 2) VAL. MEDIA = ANNO PRECEDENTE RICONOSC 70% 3) VAL. OTTIMA < ANNO PRECEDENTE RICONOSC 100%)	> 80%	> 85%	> 90%
STRUTTURE DI RICOVERO	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	GOVERNO DELLE LISTE E TEMPI DI ATTESA. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	UTILIZZO LISTE DI ATTESA IN EDOTTO PER RICOVERI PROGRAMMATI	ESISTENZA NEL SISTEMA EDOTTO DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI	VERIFICA IN EDOTTO DELLA PRESENZA DI PAZIENTI IN ATTESA DI RICOVERO	1)VAL. PESSIMA A-MANCATO UTILIZZO 0% ; 2) VAL. MEDIA B-UTILIZZO PARZIALE RICONOSC 70% 3) VAL. OTTIMA C-UTILIZZO COMPLETTO RICONOSC 100%	> 80%	> 85%	> 90%
DIREZIONI SANITARIE	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	GOVERNO DELLE LISTE E TEMPI DI ATTESA. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	MONITORAGGIO UTILIZZO LISTE DI ATTESA IN EDOTTO PER RICOVERI PROGRAMMATI	ELABORAZIONE DI UN REPORT TRIMESTRALE CON INDICAZIONE PER CIASCUN TRIMESTRE E PER CIASCUNA UNITÀ OPERATIVA DI DEGENZA, CIRCA L'UTILIZZO O MENO DELLE LISTE DI ATTESA	INVIO REPORT	1)VAL. PESSIMA MANCATO INVIO REPORT 0% ; 2) VAL. MEDIA INVIO DI TUTTI I REPORT OLTRE LE DATE PREVISTE RICONOSC 70% 3) VAL. OTTIMA INVIO DI TUTTI I REPORT ENTRO LE DATE PREVISTE RICONOSC 100%	invio report	invio report	invio report entro termini previsti
PSICOLOGIA CLINICA	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRESENZA AD INCONTRI MULTIDISCIPLINARI AREA ONCOLOGICA	GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE DI UNO PSICOONCOLOGO AGLI INCONTRI MULTIDISCIPLINARI PER PAZIENTI ONCOLOGICI	PRESENZA AGLI INCONTRI PROGRAMMATI	PRESENZA EFFETTIVA / INCONTRI PROGRAMMATI	1)VAL. PESSIMA MENO DEL 80% DI PRESENZA AGLI INCONTRI PROGRAMMATI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 80% E 90% DEGLI INCONTRI PROGRAMMATI RICONOSCIMENTO 75% 3) VAL. OTTIMA OLTRE 90% DEGLI INCONTRI PROGRAMMATI. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO PROGRAMMATE DAL PIANO REGIONALE	NUMERO DEI CONTROLLI EFFETTUATI RISPETTO AI CONTROLLI PREVISTI	% CONTROLLI EFFETTUATI / CONTROLLI PREVISTI	1)VAL. PESSIMA < 75% RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. MEDIA FRA 75% E 100% RICONOSC. 40% 3) 5) VAL. OTTIMA >= 100% RICONOSC. 100%	> 80%	> 85%	> 90%
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PREVENZIONE	MONITORAGGIO DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	ELABORAZIONE DEL REPORT RELATIVO AL NUMERO DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO DA EFFETTUARSI PER CIASCUNA U.O. DEL DIPARTIMENTO SULLA SCORTA DELLE INDICAZIONI REGIONALI E MONITORAGGIO TRIMESTRALE	PREDISPOSIZIONE DEL PIANO SULLA SCORTA DELLE INDICAZIONI REGIONALI E/O AZIENDALI ED ELABORAZIONE DI UN MONITORAGGIO TRIMESTRALE FRA ATTIVITÀ PREVISTE E ATTIVITÀ EFFETTUATE	INVIO ALL'UCG DEL PIANO DEI CONTROLLI ENTRO IL 31 MARZO E DI 4 REPORT DI MONITORAGGIO ENTRO IL 31/3, 30/6, 30/9, 31 GENNAIO ANNO N+1 REPORT DEFINITIVO	1)VAL. PESSIMA NESSUN INVIO RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. SCARSA INVIO DEL PIANO E DI UN SOLO REPORT DI MONITORAGGIO RICONOSCIMENTO 30% 3) VAL. MEDIA INVIO DEL PIANO E DI ALMENO 3 REPORT DI MONITORAGGIO RICONOSCIMENTO 60% 4) VAL. BUONA INVIO DEL PIANO E DI TUTTI I REPORT DI MONITORAGGIO FUORI TERMINE PREVISTO RICONOSC. 85% 5) VAL. OTTIMA INVIO DEL PIANO E DI TUTTI I REPORT DI MONITORAGGIO NEL RISPETTO DEI TERMINI PREVISTI RICONOSCIMENTO 100%	invio report	invio report	invio report entro termini previsti
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PREVENZIONE	MONITORAGGIO DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	MONITORAGGIO PER DIPENDENTE DELLA % DI ATTIVITÀ DI CONTROLLO CONCLUSASI CON CONTESTAZIONE E -O PRESCRIZIONI /SEGNALAZIONE	% DI ATTIVITÀ DI CONTROLLO CONCLUSASI CON CONTESTAZIONE E -O PRESCRIZIONE /SEGNALAZIONE	% DI ATTIVITÀ DI CONTROLLO CONCLUSASI CON CONTESTAZIONE SEGNALAZIONE O PRESCRIZIONE / NUMERO TOTALE DI CONTROLLI EFFETTUATI	1)VAL. PESSIMA MONITORAGGIO NON EFFETTUATO RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. MEDIA MONITORAGGIO PARZIALE RICONOSCIMENTO 60% 3) VAL. OTTIMA MONITORAGGIO SU TUTTI I DIPENDENTI RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PREVENZIONE	INDIVIDUAZIONE DI UNA METODOLOGIA DI CAMPIONAMENTO SULLE ATTIVITA' DI CONTROLLO	DEFINIZIONE DEL PIANO DEI CONTROLLI PER LA INDIVIDUAZIONE CASUALE DELLE AZIENDE DA SOTTOPORRE A CONTROLLO AVENDO CURA DI EFFETTUARE UN NUMERO DI CONTROLLI IN MISURA % UGUALE PER COMUNE (ES. SE SONO DA CONTROLLARE IL 10% DELLE ATTIVITÀ DI RISTORAZIONE, OCCORRERÀ CHE IN OGNUNO DEI 10 COMUNI VENGANO CONTROLLATE IL 10% DEGLI ESERCIZI PRESENTI). NELLA DETERMINAZIONE DELLE AZIENDE DA SOTTOPORRE A CONTROLLO DOVRÀ TENERSI CONTO DELL'INDICE DI PERICOLOSITÀ INCREMENTANDO I CONTROLLI VERSO LE AZIENDE /ESERCIZI CHE PRESENTANO UNA MAGGIORE PERICOLOSITÀ. IL CRITERIO INDICATO POTRÀ ESSERE DEROGATO OVE LE STRUTTURE AD ALTO RISCHIO ABBIAMO UNA DISTRIBUZIONE DIVERSA FRA I COMUNI.	ELABORAZIONE DI UN REPORT CONTENENTE TUTTE LE STRUTTURE DA ASSOGGETTARE A CONTROLLO E DEFINIZIONE DI UNA METODOLOGIA DI INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE DA CONTROLLARE CHE NON SIA LASCIATA ALLA DISCREZIONALITÀ DEI SOGGETTI CHE EFFETTUANO IL CONTROLLO ATTRAVERSO UN CAMPIONAMENTO.	ELABORAZIONE E INVIO ALL'UCG DI UN DOCUMENTO CHE DEFINISCA LA MODALITÀ PREVISTE PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO E DI UNA RELAZIONE DA EFFETTUARSI IN CORSO D'ANNO DALLA QUALE SI EVINCA L'AVVIO DELLA METODOLOGIA DI CAMPIONAMENTO.	1)VAL. PESSIMA DOCUMENTO NON INVIATO RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. BUONA DOCUMENTO INVIATO ALL'UCG RICONOSCIMENTO 50% 3) VAL. OTTIMA DOCUMENTO INIZIALE INVIATO ALL'UCG E RELAZIONE ATTESTANTE LA CORRETTA APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA INDIVIDUATA RICONOSCIMENTO 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA	PREVENZIONE	IMPLEMENTAZIONE STRUMENTI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA (REGISTRO CASISTICA REGISTRO TUMORI E REGISTRO MALFORMAZIONI CONGENITE	AGGIORNAMENTO CASISTICA REGISTRO TUMORI SECONDO PROGRAMMAZIONE CTS (SI/NO)	AGGIORNAMENTI A CASI INCIDENTI 2014	ALIMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	1)VAL. PESSIMA REPORT NON ALIMENTATO RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA, REPORT ALIMENTATO CON TUTTE LE INFORMAZIONI PREVISTE RICONOSCIMENTO 100%;	predisposizione report	predisposizione report	predisposizione report
EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA	PREVENZIONE	IMPLEMENTAZIONE STRUMENTI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA (REGISTRO CASISTICA REGISTRO TUMORI E REGISTRO MALFORMAZIONI CONGENITE	PRODUZIONE DI UN REPORT SULLA NATALITÀ AGGIORNATO AL 2019	TRASMISSIONE DEL DOCUMENTO ALLA DIREZIONE STRATEGICA	VERIFICA ESISTENZA DEL DOCUMENTO	1)VAL. PESSIMA REPORT NON ALIMENTATO RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA, REPORT ALIMENTATO CON TUTTE LE INFORMAZIONI PREVISTE RICONOSCIMENTO 100%;	predisposizione report	predisposizione report	predisposizione report
EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA	PREVENZIONE	IMPLEMENTAZIONE STRUMENTI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA (REGISTRO CASISTICA REGISTRO TUMORI E REGISTRO MALFORMAZIONI CONGENITE	AGGIORNAMENTO CASISTICA REGISTRO MORTALITÀ PROGRAMMAZIONE CTS (SI/NO)	AGGIORNAMENTI A CASI INCIDENTI 2017	ALIMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	1)VAL. PESSIMA REPORT NON ALIMENTATO RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA, REPORT ALIMENTATO CON TUTTE LE INFORMAZIONI PREVISTE RICONOSCIMENTO 100%;	predisposizione report	predisposizione report	predisposizione report

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA	PREVENZIONE	RELAZIONE STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ASL	PREDISPORRE E TRASMETTERE ALLA DIREZIONE STRATEGICA UNA RELAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE CHE ATTRAVERSO APPROPRIATI INDICATORI STATISTICO-EPIDEMIOLOGICI DESCRIVA IL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IN TERMINI DI MORBILITÀ ED OSPEDALIZZAZIONE, CON UNA CONTESTUALIZZAZIONE DEMOGRAFICA.	TRASMISSIONE DEL DOCUMENTO ALLA DIREZIONE STRATEGICA	VERIFICA ESISTENZA DEL DOCUMENTO	1)VAL. PESSIMA ASSENZA DI RELAZIONE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA, INVIO RELAZIONE CON TUTTE LE INFORMAZIONI PREVISTE RICONOSCIMENTO 100%;	Invio report	Invio report	Invio report
STRUTTURE EROGANTI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	SANITA' DIGITALE	RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI VIGENTI IN MATERIA DI SANITÀ ELETTRONICA. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	% RICETTE DEMATERIALIZZATE RISPETTO AL TOTALE DELLE RICETTE EMESSE	% DI RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALI	% DI RICETTE DEMATERIALIZZATE / % DI RICETTE COMPLESSIVE EMESSE DALLA STRUTTURA	1)VAL. PESSIMA OVE SI REGISTRI UNA % INFERIORE AL 60%; RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO 2) VAL. MEDIA OVE SI REGISTRI UNA % COMPRESA FRA IL 60 E IL 79,9 % DELLE PRESTAZIONI EROGABILI RICONOSCIMENTO PROPORZIONALE DEL 60% MASSIMO DEL PESO PREVISTO; 3) VAL. OTTIMA OVE SI REGISTRI UN % SUPERIORE AL 79,9%. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO;	> 80%	> 85%	> 90%
FARMACIE OSPEDALIERE / TERRITORIALI	SANITA' DIGITALE	ELIMINAZIONE DELLE PRESCRIZIONI CARTACEE E AUMENTO UTILIZZO PIANI TERAPEUTICI	DISINCENTIVARE L'UTILIZZO DELLE PRESCRIZIONI CARTACEE, ATTRAVERSO LA SEGNALEZIONE DA PARTE DELLE FARMACIE OSPEDALIERE E AZIENDALE DEL NUMERO DI RICETTE CARTACEE PERVENUTE DA CIASCUNA STRUTTURA MENSILMENTE	TRASMISSIONE ENTRO IL 10/3 - 10/5 - 10/7 - 10/9 - 10/11 - 10/01 ANNO N+1 DEL REPORT CON LE SEGNALEZIONI PER U.O.	SEGNALEZIONE DA PARTE DEL SOGGETTO PREPOSTO AL CONTROLLO	1)VAL. PESSIMA NESSUN INVIO . RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA < 3 REPORT CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 3 INVII NON SUPERIORE A 30 GG . RICONOSC 30% 3)VAL. MEDIA 4 REPORT CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 4 INVII NON SUPERIORE A 40 GG. RICONOSC 50% ; 4)VAL. BUONA 5 REPORT CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 5 INVII NON SUPERIORE A 50 GG. RICONOSC 80% ;5) VAL. OTTIMA 6 REPORT CON UN RITARDO COMPLESSIVO PER I 6 INVII NON SUPERIORE A 60 GG RICONOSC 100%)	> 80%	> 85%	> 90%
STRUTTURE OSPEDALIERE	SANITA' DIGITALE	ELIMINAZIONE DELLE PRESCRIZIONI CARTACEE E AUMENTO UTILIZZO PIANI TERAPEUTICI	ELIMINAZIONE DELLE PRESCRIZIONI CARTACEE	SEGNALEZIONI PERVENUTE DAI SOTTEGGI PREPOSTI AL CONTROLLO COME INVIUATI NELL'OBIETTIVO N1.38	NUMERO DI SEGNALEZIONI NEGATIVE PER BIMESTRE	1)VAL. PESSIMA > 20 SEGNALEZIONI PER BIMESTRE ATTRAVERSO IL CALCOLO MEDIO SUI 6 BIMESTRI. RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 15 E 20 SEGNALEZIONI PER BIMESTRE ATTRAVERSO IL CALCOLO MEDIO SUI 6 BIMESTRI. RICONOSC 30% 3) VAL. MEDIA FRA 10 E 15 SEGNALEZIONI PER BIMESTRE ATTRAVERSO IL CALCOLO MEDIO SUI 6 BIMESTRI. RICONOSC 50% ; 4)VAL. BUONA FRA 5 E 10 SEGNALEZIONI PER BIMESTRE ATTRAVERSO IL CALCOLO MEDIO SUI 6 BIMESTRI. RICONOSC 60% ;5) VAL. OTTIMA < 5 SEGNALEZIONI PER BIMESTRE ATTRAVERSO IL CALCOLO MEDIO SUI 6 BIMESTRI. RICONOSC 50%	> 80%	> 85%	> 90%
FARMACIE OSPEDALIERE	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	AMPLIAMENTO FASCIA ORARIA PER LA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEL PRIMO CICLO DI TERAPIA A SEGUIRO DI DIMISSIONE OSPEDALIERA O VISITA AMBULATORIALE	APERTURA FARMACIE OSPEDALIERE SINO ALLE ORE 15 DAL LUN AL VEN SINO ALLE ORE 13 IL SAB;	RELAZIONE DA PARTE DELLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO ATTESTANTE IL RISPETTO DEGLI ORARI STABILITI.	1)VAL. PESSIMA MANCATO RISPETTO DEGLI ORARI INDICATI. RICONOSC 0% 2) VAL. OTTIMA APERTURA SECONDO GLI ORARI INDICATI. RICONOSC 100%	apertura secondo gli orari	apertura secondo gli orari	apertura secondo gli orari

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	INSERIMENTO SUL SITO WEB DELL'ELENCO DI FARMACI DISTRIBUIBILI IN FASE DI DIMISSIONE /VISITA SPECIALISTICA COME ESPRESSAMENTE PREVISTO DALLA DELIBERA 1704/2018 E COMUNICAZIONE DELL'ELENCO ALLE U.O. INTERESSATE.	ESISTENZA SUL SITO WEB E COMUNICAZIONE ALLE U.O. INTERESSATE DELL'ELENCO DI FARMACI DISTRIBUIBILI IN FASE DI DIMISSIONE /VISITA SPECIALISTICA COME ESPRESSAMENTE PREVISTO DALLA DELIBERA 1704/2018	VERIFICA DELL'ESISTENZA DELL'ELENCO FARMACI DISTRIBUIBILI E VERIFICA AVVENUTA COMUNICAZIONE ALLE U.O. INTERESSATE	1)VAL. PESSIMA ASSENZA DELLA LISTA NELLA SEZIONE DEDICATA DEL SITO WEB AZIENDALE E ASSENZA DELLA COMUNICAZIONE ALLE U.O. INTERESSATE. RICONOSC 0% 2) VAL. OTTIMA PRESENZA DELLA LISTA NELLA SEZIONE DEDICATA DEL SITO WEB AZIENDALE E PRESENZA DELLA COMUNICAZIONE ALLE U.O. INTERESSATE. RICONOSC 100%	pubblicazione report	pubblicazione report	pubblicazione report
FARMACIE OSPEDALIERE	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	PROCEDURA FINALIZZATA AL RECUPERO DEGLI SCONTI PER I FARMACI INSERITI NEI REGISTRI DI MONITORAGGIO AIFA E SOGGETTI A RIMBORSABILITÀ CONDIZIONATA. GESTIONE DEI REGISTRI AIFA RELATIVA ALLA DISPENSAZIONE, CHIUSURA DEI TRATTAMENTI E RICHIESTA DEI RIMBORSI, LADDOVE PREVISTO.	VERIFICA CHIUSURA TRATTAMENTI PER I FARMACI A RIMBORSO. PERIODICA RACCOLTA DI NOTE CREDITO RELATIVE AI RIMBORSI	ESISTENZA REPORT ATTESTANTI L'AVVENUTA RICHIESTA DI RIMBORSO	1) VAL. PESSIMA ASSENZA DEI 2 REPORT RICONOSC 0% 2) VAL. OTTIMA TRASMISSIONE DEI 2 REPORT RICONOSC 100%	predisposizione report	predisposizione report	predisposizione report
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	ASSISTENZA FARMACEUTICA	ADEMPIMENTO NORMATIVO IN MATERIA DI STUPEFACENTI	ORGANIZZARE E PORTARE A TERMINE LA DISTRUZIONE DI STUPEFACENTI SCADUTI DI VALIDITÀ PRESSO FARMACIE INTERNE E CONVENZIONATE ART. 25 BIS DPR 309/90	REALIZZARE PROCESSO ENTRO IL 30 NOVEMBRE 2020	RELAZIONE ATTESTANTE L'AVVENUTA DEFINIZIONE DEL PROCESSO NEI TERMINI	1) VAL. PESSIMA PROCESSO NON CONCLUSO O CONCLUSO OLTRE I TERMINI RICONOSC 0% 2) VAL. OTTIMA PROCESSO CONCLUSO ENTRO I TERMINI RICONOSC 100%	processo concluso nei termini	processo concluso nei termini	processo concluso nei termini
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	RICHIESTA ALLA FORMAZIONE DI ACCREDITAMENTO ECM E ORGANIZZAZIONE E REALIZZARE DI ALMENO 2 INCONTRI	ESISTENZA DI RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO E ESISTENZA DI MATERIALE INFORMATIVO COMPROVANTE L'AVVENUTA ORGANIZZAZIONE DI ALMENO N. 2 EVENTI IN CORSO D'ANNO.	NOTA DI RICHIESTA ACCREDITAMENTO / MATERIALE INFORMATIVO SU EVENTO	1) VAL. PESSIMA ASSENZA DELLA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO O MANCATA ORGANIZZAZIONE DEI DUE EVENTI RICONOSC 0% 2) VAL. OTTIMA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO EVENTO E ORGANIZZAZIONE DEI DUE EVENTI IN PRESENZA DI ACCREDITAMENTO RICONOSCIUTO DALLA FORMAZIONE RICONOSC 100%	richiesta accreditamento	richiesta accreditamento	richiesta accreditamento
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	ORGANIZZARE E REALIZZARE INCONTRI CON MMG E PLS SUL TEMA DELL'ANTIBIOTICO TERAPIA	ESISTENZA DI RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO E ESISTENZA DI MATERIALE INFORMATIVO COMPROVANTE L'AVVENUTA ORGANIZZAZIONE DI ALMENO N. 4 EVENTI IN CORSO D'ANNO.	NOTA DI RICHIESTA ACCREDITAMENTO / MATERIALE INFORMATIVO SU EVENTO	1) VAL. PESSIMA ASSENZA DELLA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO O MANCATA ORGANIZZAZIONE DEI DUE EVENTI RICONOSC 0% 2) VAL. OTTIMA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO EVENTO E ORGANIZZAZIONE DEI QUATTRO EVENTI IN PRESENZA DI ACCREDITAMENTO RICONOSCIUTO DALLA FORMAZIONE RICONOSC 100%	richiesta accreditamento	richiesta accreditamento	richiesta accreditamento
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	MONITORAGGIO DELL'UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI / BASSO COSTO E MONITORAGGIO DEGLI SPECIALISTI PRESCRITTORI	ELABORAZIONE DI REPORT TRIMESTRALI CON INDICAZIONE DEI MEDICI PRESCRITTORI ED UNA VALUTAZIONE PER CIASCUNO DEL COMPORTAMENTO PRESCRITTIVO.	NUMERO 4 REPORT SPECIALISTI PRESCRITTORI INDIVIDUATI CON RELATIVE NOTE DI TRASMISSIONE ALLA DIR. SANITARIA	1) VAL. PESSIMA ASSENZA DI NR. 4 REPORT RELATIVO AI PRESCRITTORI E MANCATA TRASMISSIONE ALLA DIR. SANITARIA RICONOSCIMENTO 2) VAL. OTTIMA PRESENZA DI NR. 4 REPORT RELATIVO AI PRESCRITTORI E TRASMISSIONE ALLA DIR. SANITARIA RICONOSC 100%	predisposizione n. 4 report	predisposizione n. 4 report	predisposizione n. 4 report

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CORRETTA GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI	REVISIONE ANAGRAFICA AZIENDALE DEI DISPOSITIVI MEDICI CON ELIMINAZIONE DELLE VOCI DOPPIE ED OBSOLETE E RICOLLOCAZIONE DEI PRODOTTI NEI GIUSTI CONTI ECONOMICI	REPORT FINALE ANAGRAFICA CORRETTA	REPORT REVISIONATO/REPORT NON REVISIONATO	1) VAL. PESSIMA PROCESSO DI REVISIONE ANAGRAFICA NON CONCLUSO RICONOSC 0% 2) VAL. OTTIMA PROCESSO DI REVISIONE ANAGRAFICA CONCLUSO RICONOSC 100%	conclusione processo	conclusione processo	conclusione processo
RADIOLOGIE	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	VERIFICA DI ALMENTO IL 15% DELLE RICHIESTE DI ESAMI SU GRANDI MACCHINE (TC/RM) E SEGNALAZIONE AL RULA DELLE ANOMALIE RISCONTRATE;	PREDISPOSIZIONE DI TRE REPORT (1° QUADRIMESTRE - ENTRO IL 30/6 - 2° QUADRIMESTRE ENTRO IL 31/10 CON ELENCO ANALITICO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E SOTTOPOSTE A CONTROLLO E INDICAZIONE DELL'ANOMALIA RISCONTRATA	NUMERO DI RICETTE CONTROLLATE / NUMERO DI PRESTAZIONI EROGATE NEL 1° E 2° QUADRIMESTRE	1) VAL. PESSIMA < 10% RICONOSC 0% 2) VAL. BUONA FRA 10% E 15% RICONOSC 70% 3) VAL. OTTIMA >15% RICONOSC 100%;	> 80%	> 85%	> 90%
SISP	PREVENZIONE	POTENZIAMENTO COPERTURA VACCINALE	COPERTURE VACCINALI ANTI HPV NELLE RAGAZZE 12ENNI	VACCINAZ. PAPILOMA VIRUS (HPV)_ CICLI VACCINALI COMPLETATI ENTRO 31 DICEMBRE DELL'ANNO DI RILEVAZIONE NELLA COORTE DI RIFERIMENTO/ N. BAMBINE RESIDENTI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA CHE HANNO COMPIUTO IL DODICESIMO ANNO DI ETÀ (IND. MES B7.3)	% CICLI VACCINALI COMPLETATI ENTRO 31 DICEMBRE DELL'ANNO DI RILEVAZIONE NELLA COORTE DI RIFERIMENTO/ N. BAMBINE RESIDENTI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA CHE HANNO COMPIUTO IL DODICESIMO ANNO DI ETÀ (ANNO PRECEDENTE A QUELLO CORRENTE =>70%	1)VAL. PESSIMA < 60% RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 60 % E 70% RICONOSCIMENTO 30% 3) VAL. MEDIA FRA 70 % E 85% RICONOSCIMENTO 60% 4) VAL. BUONA FRA 85 % E 95% RICONOSCIMENTO 70% 5) VAL. OTTIMA > 95% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SISP	PREVENZIONE	POTENZIAMENTO COPERTURA VACCINALE	COPERTURE VACCINALI ANTI MPR NEI SOGGETTI ENTRO 24 MESI DI VITA	VACCINAZ. MRP_N BAMBINI VACCINATI MPR/N. BAMBINI RESIDENTI CHE COMPIONO 24 MESI NELL'ANNO DI (RILEVAZIONE O PRECEDENTE) (IND. MES B7.1).	% N BAMBINI VACCINATI MPR/N. BAMBINI RESIDENTI CHE COMPIONO 24 MESI NELL'ANNO DI RILEVAZIONE - => 95%	1)VAL. PESSIMA < 89% RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 89 % E 92% RICONOSCIMENTO 30% 3) VAL. MEDIA FRA 92 % E 95% RICONOSCIMENTO 60% 4) VAL. BUONA FRA 95 % E 98% RICONOSCIMENTO 70% 5) VAL. OTTIMA > 98% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SISP	PREVENZIONE	POTENZIAMENTO COPERTURA VACCINALE	COPERTURE VACCINALI ANTI MENIGOCOCCO NEI SOGGETTI ENTRO 24 MESI DI VITA	VACCINAZ. ANTIMENINGOCOCCICA_ N. BAMBINI VACCINATI ANTIMENINGOCOCCO/N. BAMBINI RESIDENTI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA CON ETÀ INFERIORE A 24 MESI AL 31 DICEMBRE 2019 (IND. MES B7.5)	N. BAMBINI VACCINATI ANTIMENINGOCOCCO/N. BAMBINI RESIDENTI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA CON ETÀ INFERIORE A 24 MESI AL 31 DICEMBRE - >92%	1)VAL. PESSIMA < 89% RICONOSCIMENTO 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 89 % E 92% RICONOSCIMENTO 30% 3) VAL. MEDIA FRA 92 % E 95% RICONOSCIMENTO 60% 4) VAL. BUONA FRA 95 % E 98% RICONOSCIMENTO 70% 5) VAL. OTTIMA > 98% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SISP	PREVENZIONE	GARANZIA DEL CORRETTO, COMPLETO E TEMPESTIVO INSERIMENTO NEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO DI TUTTI I DATI ATTINENTI AI FLUSSI INFORMATIVI OBBLIGATORI NAZIONALI E REGIONALI OBIETTIVO VINCOLANTE	COPERTURA INFORMATIZZAZIONE SCHEDE VACCINALI DELLE COORTI DI NASCITA 1999, 2000,2001,2002	NUMERO DI SCHEDE VACCINALI INSERITE NELA PIATTOFORMA GIAVA, PER LE CORTI DI NASCITA 1999, 2000,2001,2002 / NUMERO POPOLAZIONE RESIDENTE PER LE STESSI COORTI	SCHEDE VACCINALI INSERITE NELA PIATTOFORMA GIAVA, PER LE CORTI DI NASCITA 1999, 2000,2001,2002 / NUMERO POPOLAZIONE RESIDENTE PER LE STESSI COORTI	1) VAL. PESSIMA <95% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA >95% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
SISP	PREVENZIONE	EDUCAZIONE AMBIENTALE SU RIFIUTI E RACCOLTA DIFFERENZIATA	ATTIVITÀ DI SENSIBILIZZAZIONE DIVULGAZIONE SCOLASTICA DELLA CULTURA AMBIENTALE	NUMERO DI INCONTRI PER S.M.I.. PRESENTI SUL TERRITORIO	ALMENO 1 INCONTRO PER SCUOLA PRESENTI SUL TERRITORIO BT	1) VAL. PESSIMA <1 RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA =>1 RICONOSCIMENTO 100%	n. incontri>1	n. incontri>2	n. incontri>3
SISP	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	CENSIMENTO E SOPRALLUOGO DELLE DISCARICHE ESISTENTI NEL TERRITORIO ASL BT	NR. 1 RELAZIONE DEL SOPRALLUGO EFFETTUATO PER DISCARICA	ALMENO 1 SOPRALLUOGO PER DISCARICA	1) VAL. PESSIMA <1 RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA =>1 RICONOSCIMENTO 100%	n. sopralluogo >1	n. sopralluogo >2	n. sopralluogo >3
SISP	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	SOPRALLUOGHI E CENSIMENTO DEI CENTRI TATUAGGI PIERCING	NR. 1 RELAZIONE DEL SOPRALLUGO EFFETTUATO PER CENTRO	ALMENO 1 SOPRALLUOGO PER CENTRO	1) VAL. PESSIMA <1 RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA =>1 RICONOSCIMENTO 100%	n. sopralluogo >1	n. sopralluogo >2	n. sopralluogo >3
SPESAL	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO	RIDUZIONE DEGLI INFORTUNI LAVORATIVI TRAMITE CONDUZIONE DI UN PIANO MIRATO DI VIGILANZA IN CANTIERI EDILI IN PARTICOLARE AI FINI DELLA PREVENZIONE DI CADUTE DALL'ALTO, SEPPELLIMENTO E SPROFONDAMENTO	% DI CANTIERI EDILI ISPEZIONATI RISPETTO AI CANTIERI NOTIFICATI NELL'ANNUALITÀ PRECEDENTE	% CANTIERI ISPEZIONATI/TOTALE CANTIERI	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SPESAL	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO	RIDUZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO TRAMITE REALIZZAZIONE DI UN PIANO DI VIGILANZA MIRATO SUGLI OBBLIGHI AZIENDALI DI SSL IN AMBITO AGRICOLO E ZOOTECNICO	N. AZIENDE AGRICOLE ISPEZIONATE	% AZIENDE AGRICOLE ISPEZIONATE/TOTALE AZIENDE AGRICOLE	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SPESAL	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO	REALIZZAZIONE DI UN PERCORSO STRUTTURATO DI PREVENZIONE SUGLI OBBLIGHI AZIENDALI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA ESPOSIZIONE AD AGENTI CHIMICI E CANCEROGENI	NUMERO DI SCENARI DA ESPOSIZIONE VALUTATI	% NR. SCENARI VALUTATI/TOTALE SCENARI	1) VAL. PESSIMA < 100% P.D.A. (PROGRAMMA DIPARTIMENTALE ATTIVITÀ) INOLTRATO ALL'ACR REACH-CLP REGIONE PUGLIA 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% P.D.A. (PROGRAMMA DIPARTIMENTALE ATTIVITÀ) INOLTRATO ALL'ACR REACH-CLP REGIONE PUGLIA RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SPESAL	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO	RIDUZIONE DEL RISCHIO SOVRACCARICO BIOMECCANICO TRAMITE CONDUZIONE DI UN PERCORSO STRUTTURATO DI PREVENZIONE RELATIVO AGLI OBBLIGHI AZIENDALI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO MSK	NUMERO DI AZIENDE LEA VIGILATE PER RISCHIO MSK NELL'ANNUALITÀ DI RIFERIMENTO	% NR. AZIENDE LEA VIIGILATE RISCHIO MSK/ TOTALE AZIENDE LEA VIIGILATE RISCHIO MSK	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SPESAL	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO	MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO (SLC) ATTRAVERSO LA CONDUZIONE DI UN PERCORSO STRUTTURATO DI PREVENZIONE	NUMERO DI AZIENDE LEA VIGILATE PER RISCHIO SLC NELL'ANNUALITÀ DI RIFERIMENTO	% NR. AZIENDE LEA VIIGILATE RISCHIO SLC/ TOTALE AZIENDE LEA VIIGILATE RISCHIO SLC	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
SPESAL	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO	IMPLEMENTAZIONE DI UN PROGRAMMA PER IL MONITORAGGIO DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN COORTI SELEZIONATE DI LAVORATORI	NUMERO DI LAVORATORI PER I QUALI È STATA EFFETTUATA UNA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	NUMERO LAVORATORI	1) VAL. PESSIMA NR. < 100 0%; 2) VAL. OTTIMA NR. = > 100 RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAB B	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	CAMPIONAMENTO PER ANALISI CHIMICHE, MICROBIOLOGICHE, FISICHE E BIOTOSSICOLOGICHE	NUMERO DI CAMPIONAMENTI EFFETTUATI SU QUELLI PIANIFICATI DA PRC E PLC	% NUMERO DI CAMPIONAMENTI EFFETTUATI SU QUELLI PIANIFICATI DA PRC E PLC	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAB B	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	SOPRALLUOGHI ISPETTIVI, AZIONI DI SORVEGLIANZA E DI MONITORAGGIO EX REG. CE 882/04	NUMERO ISPEZIONI ESPLETATE SU NUMERO DI ISPEZIONI PIANIFICATE PRC E PLC	% NUMERO ISPEZIONI ESPLETATE SU NUMERO DI ISPEZIONI PIANIFICATE PRC E PLC	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAB B	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	ISPEZIONI, MONITORAGGIO E SORVEGLIANZA, EX REG. CE 882/04	NUMERO DI CONTROLLI EFFETTUATI SU NUMERO DI CONTROLLATI PIANIFICATI	% NUMERO DI CONTROLLI EFFETTUATI SU NUMERO DI CONTROLLATI PIANIFICATI	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAB B	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	CONTROLLI MATERIALI, DOCUMENTALI E DI IDENTITÀ IN TEMPO REALE SU PARTITE DI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE INTRODOTTE DAI PAESI U.E.	NUMERO DI CONTROLLI EFFETTUATI/NUMERO DI CONTROLLI DELEGATI	% NUMERO DI CONTROLLI EFFETTUATI/NUMERO DI CONTROLLI DELEGATI	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAB C	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	ATTIVITÀ DI FARMACOSORVEGLIANZA PER VERIFICA USO CORRETTO DEL FARMACO A TUTELA DELLA SALUTE DELL'UOMO, DELL'ANIMALE E DELL'AMBIENTE.	A) N. DI OPERATORI DA CONTROLLARE IN APPLICAZIONE DEL P.R.I.C. ; B) N. DI REV RICETTE ELETTRONICHE VETERINARIE) PER ANIMALI DA COMPAGNIA	% A) N. DI OPERATORI DA CONTROLLARE IN APPLICAZIONE DEL P.R.I.C. ; B) N. DI REV RICETTE ELETTRONICHE VETERINARIE) PER ANIMALI DA COMPAGNIA	1) VAL. PESSIMA A <300 E B <100% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA A = 300 E B = 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAB C	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	ATTIVITÀ DI CAMPIONAMENTO: A) N. CAMPIONI PREVISTI DAL PIANO NAZIONALE ALIMENTAZIONE; B) N. CAMPIONI PREVISTI DAL PIANO NAZIONALE RESIDUI	NR. CAMPIONAMENTI PREVISTI	% NR. CAMPIONAMENTI PREVISTI	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA NAZIONALE A E B RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA CRONOPROGRAMMA NAZIONALE A E B 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAB C	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	PIANO NAZIONALE BENESSERE ANIMALE CONTROLLO N. ALLEVAMENTI TARGET	ALLEVAMENTI TARGET	% ALLEVAMENTI TARGET	1) VAL. PESSIMA < 100% CRONOPROGRAMMA NAZIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA CRONOPROGRAMMA NAZIONALE 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAB C	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	FILIERA SOTTOPRODOTTI E DERIVATI DI ORIGINE ANIMALE: IMPIANTI RICONOSCIUTI/REGISTRATI EX REG. CE 1069/09	VERIFICHE E CONTROLLO	% VERIFICHE E CONTROLLO	1) VAL. PESSIMA IMPIANTI VERIFICATI E CONTROLLATI < 100% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA IMPIANTI VERIFICATI E CONTROLLATI 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
SIAV A	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	STERILIZZAZIONE CHIRURGICA CANI RANDAGI	600	NR. CANI STERILIZZATI	1) VAL. PESSIMA < 600 RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA => 600 RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAV A	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	PIANO NAZIONALE SALMONELLOSI 2018-2021 MINISTERO DELLA SALUTE (SALMONELLA TIPHIMURIUM; SALMONELLA ENTERITIDIS) TUTELA DELLA SALUTE UMANA	CONTROLLI UFFICIALI ALLEVAMENTI	% CONTROLLI UFFICIALI ALLEVAMENTI	1) VAL. PESSIMA < 100% PIANO NAZIONALE RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% PIANO NAZIONALE RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAV A	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	PROGRAMMI DI ERADICAZIONE E CONTROLLO TBC-LEB-BRC BOVINE E BRC OVI-CAPRIMA	CONTROLLI UFFICIALI ALLEVAMENTI	% CONTROLLI UFFICIALI ALLEVAMENTI	1) VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
MED. LEGALE	PREVENZIONE	EFFICIENZA OPERATIVA	CONTENZIOSO IN TEMA DI RESPONSABILITÀ CIVILE: PARTECIPAZIONE CTU, ATP E RELAZIONI MEDICO LEGALI	N° DI RICHIESTE EVASE/N° DI CTP RICHIESTE	N° DI RICHIESTE EVASE/N° DI CTP RICHIESTE	1)VAL. PESSIMA NR. RICHIESTE EVASE < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA NR. RICHIESTE EVASE > 100% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
MED. LEGALE	PREVENZIONE	EFFICIENZA OPERATIVA	PARTECIPAZIONE AL COMITATO VALUTAZIONI SINISTRI	VALUTAZIONE SISTEMATICA DI TUTTI I FASCICOLI TRASMESSI ALLA UOSVD DI MEDICINA LEGALE	VALUTAZIONE SISTEMATICA DI TUTTI I FASCICOLI TRASMESSI ALLA UOSVD DI MEDICINA LEGALE	1)VAL. PESSIMA VALUTAZIONE SISTEMATICA FASCICOLI < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA VALUTAZIONE SISTEMATICA FASCICOLI 100% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
MED. LEGALE	PREVENZIONE	EFFICIENZA OPERATIVA	CONTENZIOSO IN TEMA DI INVALIDITÀ CIVILE NELLA MISURA PARI O SUPERIORE AL 67% AI FINI DELL'OTTENIMENTO DELLA ESENZIONE DALLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA: PARTECIPAZIONE CTU, ATP E RELAZIONI MEDICO LEGALI	N° DI RICHIESTE EVASE/N° DI CTP RICHIESTE	N° DI RICHIESTE EVASE/N° DI CTP RICHIESTE	1)VAL. PESSIMA NR. RICHIESTE EVASE < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA NR. RICHIESTE EVASE > 100% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
MED. LEGALE	PREVENZIONE	RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DEL BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE	STANDARDIZZAZIONE DEI PROCESSI DI GESTIONE DEL CONTENZIOSO IN MATERIA DI INVALIDITÀ CIVILE PERVENUTO ALLA UOSVD DI MEDICINA LEGALE E MONITORAGGIO DELLO STESSO ATTRAVERSO LA CREAZIONE DI UNA PROCEDURA E LA PRODUZIONE DI UN REPORT SEMESTRALE SULL'ANDAMENTO DELLO STESSO	PRODUZIONE DI NUMERO 2 REPORT SEMESTRALI. STESURA DI UNA PROCEDURA OPERATIVA	STESURA E INVIO DI 1 REPORT PRIMO SEMESTRE ENTRO IL 31/07/2020 E 1 REPORT SECONDO SEMESTRE ENTRO IL 31/01/2021	1)VAL. PESSIMA REPORT SEMESTRALI NON PRESENTATI E TRASMESSI SECONDO I TEMPI PREVISTI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA REPORT SEMESTRALI PRESENTATI E TRASMESSI ENTRO I TERMINI RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	invio report	invio report	invio report nei termini

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
MED. LEGALE	PREVENZIONE	RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DEL BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA	CREAZIONE DI UN PERCORSO PER L'ESECUZIONE DEI RISCONTI DIAGNOSTICI CON ATTIVAZIONE DI UN PROGRAMMA DI SENSIBILIZZAZIONE ED INFORMAZIONE PER MEDICI E CITTADINI SULLA NECESSITÀ DI RISCONTRO DIAGNOSTICO QUALE ULTIMO ATTO DELLA TRASPARENZA E DELLA CONFORMITÀ DELLE CURE PRESTATE	REDAZIONE DI UN PROGETTO PER L'ESECUZIONE DEI RISCONTI DIAGNOSTICI ED ATTIVAZIONE DI UN PROGRAMMA DI SENSIBILIZZAZIONE ED INFORMAZIONE PER MEDICI E CITTADINI AI SENSI DELL'ART 4 DELLA LEGGE GELLI	REALIZZAZIONE DEL PROGETTO E CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE ED INFORMAZIONE	1)VAL. PESSIMA "NO" RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA "SI" 100% DEL PESO PREVISTO.	realizzazione progetto	realizzazione progetto	realizzazione progetto
MED. LEGALE	PREVENZIONE	RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DEL BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE	STANDARDIZZAZIONE DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE ISTANZE INERENTI LA LEGGE 210-92 ATTRAVERSO LA CREAZIONE DI UNA PROCEDURA E LA PRODUZIONE DI UN REPORT SEMESTRALE SULL'ANDAMENTO DELLE STESSE	TEMPESTIVA ATTIVAZIONE DELLA ISTRUTTORIA. PRODUZIONE DI NUMERO 2 REPORT SEMESTRALI . STESURA DI UNA PROCEDURA OPERATIVA	STESURA PROCEDURA OPERATIVA E TRASMISSIONE 1 REPORT PRIMO SEMESTRE ENTRO IL 31/07/2020 E 1 REPORT SECONDO SEMESTRE ENTRO IL 31/01/2021	1)VAL. PESSIMA REPORT SEMESTRALI < 2 RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA REPORT SEMESTRALI < 2 RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	invio report	invio report	invio report nei termini
MED. LEGALE	PREVENZIONE	EFFICIENZA OPERATIVA E RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DEL BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE	STANDARDIZZAZIONE DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE ISTANZE AL COLLEGIO MEDICO IN MATERIA DI ACCERTAMENTO DELL'IDONEITÀ AL LAVORO ATTRAVERSO LA CREAZIONE DI UNA PROCEDURA E PRODUZIONE DI UN REPORT SEMESTRALE SULL'ANDAMENTO DELLE STESSE	TEMPO MEDIO DI ATTESA TRA ISTANZA E CONVOCAZIONE: 30 GIORNI. PRODUZIONE DI NUMERO 2 REPORT SEMESTRALI . STESURA DI UNA PROCEDURA OPERATIVA	DATA PRESENTAZIONE ISTANZA DATA CONVOCAZIONE = 30 GG	1)VAL. PESSIMA REPORT SEMESTRALI < 2 RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA REPORT SEMESTRALI < 2 RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione report	predisposizione report	predisposizione report nei termini
MED. LEGALE	PREVENZIONE	EFFICIENZA OPERATIVA	CERTIFICAZIONI MEDICO - LEGALI PER IL RICONOSCIMENTO DI LAVORATORE AFFETTO DA "PATOLOGIA GRAVE" E SOTTOPOSTO A "TERAPIE INVALIDANTI O SALVAVITA"	TEMPESTIVA E SISTEMATICA REDAZIONE DEI CERTIFICATI (N° CERTIFICATI/N° RICHIESTE). PRODUZIONE DI NUMERO 2 REPORT SEMESTRALI	% N° CERTIFICATI/N° RICHIESTE = 100%	1)VAL. PESSIMA CERTIFICATI EMESSI < 100% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA CERTIFICATI EMESSI = 100% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
MED. LEGALE	PREVENZIONE	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ GLOBALE MEDIANTE UNA POLITICA DELLA FORMAZIONE AZIENDALE ADEGUATA A SVILUPPARE LE COMPETENZE PROFESSIONALI DEL PERSONALE	MIGLIORARE LE COMPETENZE E CONOSCENZE NECESSARIE DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO E SANITARIO DELLE COMMISSIONI SU INVALIDITÀ CIVILE ATTRAVERSO LO SVOLGIMENTO DI CORSI DI FORMAZIONE.	ORGANIZZAZIONE DI 1 CORSO DI FORMAZIONE	SVOLGIMENTO CORSO DI FORMAZIONE	1)VAL. PESSIMA "NO" RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA "SI" 100% DEL PESO PREVISTO.	svolgimento attività prevista	svolgimento attività prevista	svolgimento attività prevista

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
MED. LEGALE	PREVENZIONE	RISPETTO DELLE LEGGI E DEL PRINCIPIO DEL BUON ANDAMENTO ED IMPARZIALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE	STANDARDIZZAZIONE DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLA COMMISSIONE PATENTI ATTRAVERSO LA CREAZIONE DI UNA PROCEDURA E LA PRODUZIONE DI UN REPORT ANNUALE.	STESURA DI UNA PROCEDURA E PRODUZIONE DI UN REPORT ANNUALE	STESURA PROCEDURA E TRASMISSIONE REPORT ENTRO IL 31/01/2021	1)VAL. PESSIMA "NO" RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA "SI" 100% DEL PESO PREVISTO.	invio report nei termini	invio report nei termini	invio report nei termini
SIAN	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE	SODDISFACIMENTO DI TUTTE LE ADESIONI AI PROGETTI REGIONALI DI COMPETENZA SIAN DI CUI AL PIANO STRATEGICO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA ED AL CATALOGO REGIONALE. ANNO SCOLASTICO 2019-20	N. DI ADESIONI DI ISTITUTI SCOLASTICI (SCUOLA PRIMARIA, SCUOLA SECONDARIA DI I E II GRADO) SODDISFATTE/ TOTALE ADESIONI PERVENUTE	% ADESIONI SODDISFATTE/TOTALE ADESIONI	1) VAL. PESSIMA SODDISFACIMENTO DI TUTTE LE ADESIONI AI PROGETTI REGIONALI DI COMPETENZA SIAN < 100% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA SODDISFACIMENTO DI TUTTE LE ADESIONI AI PROGETTI REGIONALI DI COMPETENZA SIAN >100% RICONOSCIMENTO 100%	> 80%	> 85%	> 90%
SIAN	PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE E DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	PRODUZIONE DI LAVORI SCIENTIFICI	NUMERO DI LAVORI SCIENTIFICI OGGETTO DI PUBBLICAZIONE, COMUNICAZIONE ORALE O SCRITTA	NUMERO LAVORI SCIENTIFICI (3)	1) VAL. PESSIMA < 100% RICONOSCIMENTO 0%; 2) VAL. OTTIMA 100% RICONOSCIMENTO 100%	svolgimento attività prevista	svolgimento attività prevista	svolgimento attività prevista
DSS1	PREVENZIONE	SENSIBILIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE SCOLASTICA SUI TEMI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLO SPORT	4 INCONTRI FORMATIVI PRESSO ISTITUTI SCOLASTICI DI 1° E 2° GRADO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE (ALIMENTAZIONE / SPORT / SALUTE)	INCONTRI FORMALIZZATI	VERIFICA ESISTENZA VERBALI DI INCONTRO	1)VAL. PESSIMA MENO DI 2 INCONTRI DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA 3 INCONTRI DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 75% 3) OLTRE 3 INCONTRI DOCUMENTATI. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	n. incontri =3	n. incontri =3	n. incontri >3
RADIOTERAPIA E ONCOLOGIA	APPROPRIATEZZA E QUALITÀ	DISCUTERE UN NUMERO DI CASI OPERATI PER NEOPLASIE MAMMARIE NELLE CHIRURGIE DELLA ASLBT SUPERIORE ALL'80%	RIUNIONI SETTIMANALI	NUMERO DI CASI DISCUSSI	NUMERO DI CASI DISCUSSI - NUMERO CASI OPERATI IN AMBITO ASL BT.	1)VAL. PESSIMA MENO DEL 70% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 70% E 80% RICONOSCIMENTO 65% 3) VAL. OTTIMA >80% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
RADIOTERAPIA E ONCOLOGIA	APPROPRIATEZZA E QUALITÀ	DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE DEI TUMORI DEL RETTO	PARTECIPAZIONE AD ALMENO 30 INCONTRI DI COLON UNIT	INCONTRI PERIODICI AL FINE DI CURARE IN MANIERA MULTIDISCIPLINARE I TUMORI DEL RETTO.	NUMERO DI CASI DI TUMORE DEL RETTO DISCUSSI IN TEAM - NUMERO DI CASI DI TUMORE DEL RETTO NELLA ASL BT	1)VAL. PESSIMA MENO DEL 70% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 70% E 80% RICONOSCIMENTO 65% 3) VAL. OTTIMA >80% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
EMATOLOGIA	APPROPRIATEZZA E QUALITÀ	ACCREDITAMENTO CENTRO TRAPIANTI A STANDARD EUROPEI	VERIFICA SVOLGIMENTO DELLE PROCEDURE	ACCREDITAMENTO JACIE	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI AVANZAMENTO DELLE PROCEDURE	1)VAL. PESSIMA MENO DEL 80% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 3) VAL. OTTIMA >80% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione relazione	predisposizione relazione	predisposizione relazione
EMATOLOGIA	PREVENZIONE	ULTERIORE RIDUZIONE INCIDENZA INFEZIONI DA GERMI RESISTENTI DEI PZ RICOVERATI	MONITORAGGIO INFEZIONI E TERAPIE ANTIBIOTICHE PER KLEBSIELLA	RIDUZIONE DEL 5%	NUMERO INFEZIONI 2020 / NUMERO INFEZIONI 2019	1)VAL. PESSIMA > (ANNO PREC - 5%) RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 3) VAL. OTTIMA < (ANNO PREC - 5%) RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
ANATOMIA PATOLOGICA	CAPACITÀ DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	DETERMINAZIONE DELLE INDAGINI DI BIOLOGIA MOLECOLARE PER L' ONCOLOGIA	NUMERO DI REFERTI DI BIOLOGIA MOLECOLARE PER L'ONCOLOGIA EROGATI ALL'ANNO	PRESTAZIONI EROGATE	PRESTAZIONI EROGATE / PRESTAZIONI RICHIESTE	1)VAL. PESSIMA < 80% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 80% E 90% RICONOSCIMENTO 70% DEL PESO PREVISTO. 3) VAL. OTTIMA > 90% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
LAB ANALISI BISCEGLIE	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PERCEPITA DAGLI UTENTI DEL SERVIZIO	VALUTAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA DALL'UTENZA ATTRAVERSO UN SISTEMA DI RILEVAZIONE ED ANALISI DEI RISULTATI	REPORT SULLE RISULTANZE EMERSE DAL QUESTIONARIO	ESISTENZA REPORT	1)VAL. PESSIMA NESSUNA RELAZIONE RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA INVIO RELAZIONE ENTRO IL 31/12/2020 RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione report	predisposizione report	predisposizione report
PEDIATRIE	ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA IN ANTIBIOTICI	ELABORAZIONE DI PROCEDURE DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SU FREQUENTI CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE RICHIEDANO TERAPIA ANTIBIOTICA	N. 3 PROCEDURE ELABORATE ENTRO IL 31/12/2020 (SEPSI NEONATALE - POLMONITE - GASTROENTERITE)	1)VAL. PESSIMA 1 PROCEDURA DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA 2 PROCEDURA DOCUMENTATI RICONOSCIMENTO 75% 3) OLTRE 2 PROCEDURE . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	n. procedure =2	n. procedure =2	n. procedure >2
PEDIATRIE	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E DELLE CURE IN PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	INTERVENTO SUL DOLORE DA PROCEDURA DIAGNOSTICA	ELABORAZIONE DI RACCOMANDAZIONI PER LA RIDUZIONE DEL DOLORE DA PROCEDURA DIAGNOSTICA E MIGLIORAMENTO DELLA UMANIZZAZIONE DELLE CURE	50 SCHEDE DI RILEVAZIONE DOLORE POST PROCEDURA	1)VAL. PESSIMA < 40 SCHEDE RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 40 E 50 SCHEDE RICONOSCIMENTO 70% DEL PESO PREVISTO. 3) VAL. OTTIMA > 50 SCHEDE RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	n. schede >40	n. schede >45	n. schede >50
GINECOLOGIE	ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA IN ANTIBIOTICI	ELABORAZIONE DI PROCEDURE SULL'USO RAZIONALE DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA	PROCEDURE ELABORATE ENTRO IL 31/12/2020	1)VAL. PESSIMA NESSUNA PROCEDURA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) 3) VAL. OTTIMA ALMENO 1 PROCEDURA . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	elaborazione procedura	elaborazione procedura	elaborazione procedura
GINECOLOGIE	ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA IN ANTIBIOTICI	ELABORAZIONE DI PROCEDURE SULL'USO RAZIONALE DELLA EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA	PROCEDURE ELABORATE ENTRO IL 31/12/2020	1)VAL. PESSIMA NESSUNA PROCEDURA RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) 3) VAL. OTTIMA ALMENO 1 PROCEDURA . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	elaborazione procedura	elaborazione procedura	elaborazione procedura
UVARP	ASPETTI ECONOMICI FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	ATTIVITA' DI CONTROLLO SULLE ATTIVITA' DI RICOVERO	VERIFICHE FINALIZZATE AL PAGAMENTO DELLE FATTURE PASSIVE RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DI FKT, PATOLOGIA CLINICA, DIALISI E RADIODIAGNOSTICA IN TEMPI UTILI PER IL RISPETTO DEI TEMPI PREVISTI DALLA LEGGE	VERIFICA DI UN CAMPIONE DELLE PRESCRIZIONI / PRESTAZIONI EROGATE PARI AL 5% O ALLA MAGGIORE % CHE SARÀ COMUNICATA DALLA DIREZIONE STRATEGICA IN RELAZIONE ANCHE AL PERSONALE ASSEGNATO.	REDAZIONE DEL VERBALE DI VERIFICA PER SINGOLA STRUTTURA VERIFICATA DAL QUALE EMERGANO NUMERO DI PRESTAZIONI CONTROLLATE SU PRESTAZIONI EROGATE NEL RISPETTO DELLE TEMPSTICHE STABILITE DALLA DGR 90/2019 E S.M.I.	1)VAL. PESSIMA < 5% E / O % INDICATA DALLA DIREZIONE STRATEGICA PER FKT / RADIODIAGNOSTICA / PATOLOGIA CLINICA O < DEL 90% SULLE PRETAZIONI DI DIALISI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA > 5% E / O % INDICATA DALLA DIREZIONE STRATEGICA PER FKT / RADIODIAGNOSTICA / PATOLOGIA CLINICA O > 90% DIALISI. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione relazione	predisposizione relazione	predisposizione relazione
RIABILITAZIONI	ASSISTENZA TERRITORIALE	POTENZIAMENTO DELLA QUALITA' EFFICIENZA ED APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	VEFIFICA SULL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI EX. ART. 26 L. 833/78 EROGATE DALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE INSISTENTI SUL TERRITORIO ASL BT	NUMERO UTENTI SOTTOPOSTI A RICHIESTA DI PROROGA DEL TRATTAMENTO DA PARTE DELL'EROGATORE	NUMERO DI UTENTI IN PROROGA VERIFICA / NUMERO UTENTI PER I QUALI È STATA RICHIESTA LA PROROGA	1)VAL. PESSIMA < 10% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA >= 10% . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	% = 10%	% = 10%	%>10%
RIABILITAZIONI	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PROCESSO OPERATIVO PDTA DELLA PCI	COSTRUZIONE DI UN PDTA SULLE PCI AL FINE DI UNIFORMARE LA PRESA IN CARICO DI UTENTI DELL'ETA' EVOLUTIVA E ADULTA SUL TERRITORIO DELL'ASL BT	REDAZIONE DEL DOCUMENTO E VERBALE DI DISCUSSIONE CON I SOGGETTI INTERESSATI DALL'APPLICAZIONE DEL PDTA	ESISTENZA VERABILE DI DISCUSSIONE	1)VAL. PESSIMA ASSENZA VERBALE DISCUSSIONE PDTA CON INTERESSATI RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA PRESENZA VERBALE DISCUSSIONE PDTA CON INTERESSATI . RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione verbale	predisposizione verbale	predisposizione verbale

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
REPARTI CHIRURGICI	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITÀ CURE RETE OSPEDALIERA	PASSAGGIO DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN DAY SERVICE, AI SENSI DELLE DDGRRR N. 433/11 E SS.MM.II (DGR N. 2774/2014, DGR 1202/2014)	INCREMENTO N. PRESTAZIONI TRATTATE IN DAY SERVICE	(NUM PREST DAY SERVICE ANNO N - NUM PREST DAY SERVICE ANNO N-1)/NUM PREST DAY SERVICE ANNO N-1	1)VAL. PESSIMA < 0 % RICONOSC 0% ; 2) VAL. SCARSA FRA 0 E 1,99% RICONOSC 50% ; 3)VAL. MEDIA FRA 2 E 4,99 % RICONOSCRICONOSC 70% ; 4)VAL. BUONA FRA 5 E 10 % RICONOSC 90% 5)VAL. OTTIMA > 10% RICONOSC 100%			
REPARTI CHIRURGICI	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA MEDICA/ CHIRURGICA OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	MONITORAGGIO DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	% DRG'S AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA TRASFERITI IN DAY SERVICE	DRG ALTO RISCHIO INAPPROPRIATEZZA IN DAY SERVICE / DRG ALTO RISCHIO DI ANAPPROPRIATEZZA DEGENZA				
STRUTTURE INTERESSATE	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	APPROVAZIONE MANUALI DI ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE IN ESECUZIONE DEL R.R. 23 LUGLIO 2019 N. 16	ELABORAZIONE DI UN PROGRAMMA FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DELLE FASI (PLAN - DO) INDIVIDUANDO ATTIVITA' DA SVOLGERE E SOGGETTI COINVOLTI	PREDISPOSIZIONE E TRASMISSIONE ALLA DIREZIONE STRATEGICA DEL PIANO ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI ASSEGNAZIONE DELLA SCHEDA DI BUDGET	VERIFICA ESISTENZA PIANO	1)VAL. PESSIMA ASSENZA PIANO RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA PRESENZA PIANO. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione e trasmissione documento	predisposizione e trasmissione documento	predisposizione e trasmissione documento
STRUTTURE INTERESSATE	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	APPROVAZIONE MANUALI DI ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE IN ESECUZIONE DEL R.R. 23 LUGLIO 2019 N. 16	DISCUSSIONE DEL PIANO CON I SOGGETTI COINVOLTI ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI	PREDISPOSIZIONE E TRASMISSIONE ALL'UCG ENTRO 30 GIORNI DALL'APPROVAZIONE DEL PIANO, DEL VERBALE ATTESTANTE L'AVVENUTA DISCUSSIONE DEL PIANO CON TUTTI I SOGGETTI COINVOLTI ALLA REALIZZAZIONE.	VERIFICA ESISTENZA VERBALE	1)VAL. PESSIMA ASSENZA DEL VERBALE RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA PRESENZA DEL VERBALE. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione e trasmissione documento	predisposizione e trasmissione documento	predisposizione e trasmissione documento
STRUTTURE INTERESSATE	PREVENZIONE	POTENZIAMENTO SCREENING ONCOLOGICO DELLA CERVICE UTERINA	GARANTIRE IL 100% DELLE PRESTAZIONI RICHIESTE	PRESTAZIONI ESEGUITE	PRESTAZIONI ESEGUITE / PRESTAZIONI RICHIESTE	1)VAL. PESSIMA < 70% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 70% E 90% RICONOSCIMENTO 70% DEL PESO PREVISTO. 3) VAL. OTTIMA > 90% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
STRUTTURE INTERESSATE	PREVENZIONE	POTENZIAMENTO SCREENING ONCOLOGICO MAMMOGRAFICO	GARANTIRE IL 100% DELLE PRESTAZIONI RICHIESTE	PRESTAZIONI ESEGUITE	PRESTAZIONI ESEGUITE / PRESTAZIONI RICHIESTE	1)VAL. PESSIMA < 70% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 70% E 90% RICONOSCIMENTO 70% DEL PESO PREVISTO. 3) VAL. OTTIMA > 90% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%
STRUTTURE INTERESSATE	PREVENZIONE	POTENZIAMENTO SCREENING COLON RETTO	GARANTIRE IL 100% DELLE PRESTAZIONI RICHIESTE	PRESTAZIONI ESEGUITE	PRESTAZIONI ESEGUITE / PRESTAZIONI RICHIESTE	1)VAL. PESSIMA < 70% RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA FRA 70% E 90% RICONOSCIMENTO 70% DEL PESO PREVISTO. 3) VAL. OTTIMA > 90% RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	> 80%	> 85%	> 90%

ASL BT - OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

DESTINATARI	Area Strategica	Obiettivo Operativo	Azione	Indicatore	CALCOLO INDICATORE	RANGE PESATURA	TARGET		
							2020	2021	2022
SCREENING	PREVENZIONE	POTENZIAMENTO SCREENING	MONITORAGGIO TRIMESTRALE SCREENING	RELAZIONE TRIMESTRALE SULLO STATO DI AVANZAMENTO DELLE ATTIVITA' DI SCREENING, DA TRASMETTERE ENTRO 30 GG DALLA SCADENZA DI CIASCUN TRIMESTRE CON INDICAZIONE PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA COINVOLTA DEL NUMERO DI PRESTAZIONI RICHIESTE DALL'INIZIO DELL'ANNO E NUMERO DI PRESTAZIONI ESEGUITE	ESISTENZA RELAZIONE	1)VAL. PESSIMA NESSUNA RELAZIONE RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. MEDIA INVIO DI ALMENO 3 RELAZIONI RICONOSCIMENTO 70% DEL PESO PREVISTO. 3) VAL. OTTIMA INVIO DELLE 4 RELAZIONI RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	invio n. relazioni= 3	invio n. relazioni= 3	invio n. 4 relazioni
DSSS	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA CONSULATORIALE MATERNO INFANTILE	IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'EVENTO NASCITA (DGR 882/19)	ADOZIONE E APPLICAZIONE DEL PDTA D'INTESA FRA DSSS E PO BISCEGLIE GINECOLOGIA	VERIFICA ESISTENZA RELAZIONE	1)VAL. PESSIMA ASSENZA DELLA RELAZIONE RICONOSCIMENTO 0% DEL PESO PREVISTO; 2) VAL. OTTIMA PRESENZA DELLA RELAZIONE. RICONOSCIMENTO 100% DEL PESO PREVISTO.	predisposizione relazione	predisposizione relazione	predisposizione relazione
FISICA SANITARIA	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN MATERIA DI RETE OSPEDALIERA E DI RIEQUILIBRIO OSPEDALE-TERRITORIO. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	MANTENIMENTO DELLE PRESTAZIONI RESE TRAMITE REALIZZAZIONE DI PIANI DI TRATTAMENTO CON TECNICA CONFORMAZIONALE PER L'UNITA' OPERATIVA DI RADIOTERAPIA	NUMERO DEI PIANI DI TRATTAMENTO DI RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALI ESEGUITI/NUMERO DEI PIANI DI TRATTAMENTO CONFORMAZIONALI RICHIESTI DALLA U.O. DI RADIOTERAPIA	NUMERO DEI PIANI DI TRATTAMENTO DI RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALI ESEGUITI/NUMERO DEI PIANI DI TRATTAMENTO CONFORMAZIONALI RICHIESTI DALLA U.O. DI RADIOTERAPIA	1)VAL. PESSIMA > 80% RICONOSC 0% ; 2) VAL. BUONA FRA - 80% E 90% RICONOSC 70% ; 3)VAL. OTTIMA > 90 % RICONOSC 100% .	> 80%	> 85%	> 90%
FISICA SANITARIA	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN MATERIA DI RETE OSPEDALIERA E DI RIEQUILIBRIO OSPEDALE-TERRITORIO. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI RESE TRAMITE REALIZZAZIONE DI PIANI DI TRATTAMENTO CON TECNICHE SPECIALI (IMRT E/O RAPID ARC) PER L'UNITA' OPERATIVA DI RADIOTERAPIA	NUMERO DEI PIANI DI TRATTAMENTO DI RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI (IMRT, RAPIDARC) ESEGUITI / NUMERO DEI PIANI DI TRATTAMENTO CON TECNICHE SPECIALI (IMRT, RAPIDARC) RICHIESTI DALLA U.O. DI RADIOTERAPIA	NUMERO DEI PIANI DI TRATTAMENTO DI RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI (IMRT, RAPIDARC) ESEGUITI / NUMERO DEI PIANI DI TRATTAMENTO CON TECNICHE SPECIALI (IMRT, RAPIDARC) RICHIESTI DALLA U.O. DI RADIOTERAPIA	1)VAL. PESSIMA > 80% RICONOSC 0% ; 2) VAL. BUONA FRA - 80% E 90% RICONOSC 70% ; 3)VAL. OTTIMA > 90 % RICONOSC 100% .	> 80%	> 85%	> 90%
FISICA SANITARIA	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN MATERIA DI RETE OSPEDALIERA E DI RIEQUILIBRIO OSPEDALE-TERRITORIO. OBIETTIVO DI MANDATO EX DGR N. 114/2018	MANTENIMENTO DELL'ATTIVITA' DI VERIFICA DEI LIMITI DOSIMETRICI DI DIMISSIONE PER I PAZIENTI RICOVERATI IN RADIOTERAPIA METABOLICA	PAZIENTI RICOVERATI IN RADIOTERAPIA METABOLICA SOTTOPOSTI A VALUTAZIONE DOSIMETRICA	PAZIENTI RICOVERATI IN RADIOTERAPIA METABOLICA SOTTOPOSTI A VALUTAZIONE DOSIMETRICA	1)VAL. PESSIMA < 100% RICONOSC 0% ; 2) VAL. OTTIMA = 100% RICONOSC 100% .	> 80%	> 85%	> 90%