

Codice	Key Performance Area	Descrizione Analitica	Azioni	Indicatore	Formula	Valore atteso	Peso
<b>A- Prospettiva economico – finanziaria / produzione scientifica</b>							
A.1.1	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Incremento dei ricavi	Produzione SSN	Costi(Materiali e personale) / Volumi economici di produzione (SDO + Specialistica ambulatoriale) (tenendo conto dell'incidenza dei costi aggiuntivi della robotica)	Costi/Ricavi < Costi/Ricavi 2023	< anno 2023	6
A.1.2	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Incremento dei ricavi	Produzione SSN	Produzione Extra-Regionale	Incremento N° pazienti da altre regioni VS 2023	>= 10% anno 2023	4
A.1.3	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Incremento dei ricavi	Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza	Quota di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in reparti con volume di attivita' superiore a 50 interventi annui	Protocollo 104 PNE	≥75%	3
A.2.1	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Contenimento dei costi	Assistenza farmaceutica: Riduzione consumo di farmaci antibiotici. Consumo di farmaci sentinella-traccianti classe reserve (classificazione AWARE)	Numeratore: Consumo di farmaci antibiotici gravati da elevate resistenze (Carbapenemi) in Dosi Definite Giornaliere (DDD) dei ricoverati nell'Istituto in regime ordinario come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri / Denominatore: gg di degenza	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) dei ricoverati nell'Istituto Denominatore: giornate di degenza	<= valore anno 2023	4
A.2.2	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Contenimento dei costi	Contenimento della spesa farmaceutica acquisti diretti rilevata da flussi dei consumi aziendali al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito in maniera proporzionale al tetto aziendale rispetto al tetto regionale)	Numeratore: Spesa netta Acquisti Diretti farmaci e gas medicali – PAYBACK – spesa netta vaccini – spesa netta farmaci innovativi con accesso al fondo / Denominatore: Produzione SDO	(Spesa netta Acquisti Diretti farmaci e gas medicali – PAYBACK – spesa netta vaccini – spesa netta farmaci innovativi con accesso al fondo/Produzione SDO)<= valori anno 2023	<= valore anno 2023	4
A.2.3	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Contenimento dei costi	Contenimento della spesa per acquisto di dispositivi medici rilevata dai Conti Economici aziendali	Numeratore: Spesa netta Acquisti Diretti DM / Denominatore: Produzione SDO (tenendo conto dell'incidenza dei costi aggiuntivi della robotica)	(Spesa netta Acquisti Diretti DM /Produzione SDO) <= valori anno 2023	<= valore anno 2023	4
A.2.4	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Contenimento dei costi	Programma biennale Beni e Servizi: comunicare fabbisogno, anche con Finanziamenti FESR	Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi	Nessun ritardo rispetto alla scadenza	SI/NO trasmissione	4
A.2.5	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Contenimento dei costi	Spesa personale: DM 78 50% del 2009 T.D.; Limiti di spesa regionali e 1,4% della spesa del 2004.	Monitoraggio 1,4% & 50%	Rispetto dei tetti di spesa	<= tetti previsti	2
A.3.1	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Incremento attività di ricerca	Conseguimento punti IFN utili al requisito di riconferma del carattere scientifico dell'Istituto	IFN	Σ Punti IFN da produzione scientifica	>=500	4
<b>B-Prospettiva processi di gestione</b>							
B.1.1	Appropriatezza	Qualificazione assistenza ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario.	Scheda H04Z_D.M. 12/03/2019	≤ 21%	2
B.1.2	Efficienza operativa	Qualificazione assistenza ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Scheda H05Z_D.M. 12/03/2019	≥75%	1
B.1.3	Efficienza operativa	Qualificazione assistenza ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	(Σ dimessi drg M/Σdimessi)*100	≤26,65%	2
B.1.4	Efficienza operativa	Qualificazione assistenza ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico (* DH diagnostici: Regime di ricovero=2; DRG Medico; Modalità di dimissione ≠1; Diagnosi principale ≠ 'V580x' o 'V581x'; Motivo del Ricovero: 1)	(Σ dimessi DH medici diagnostici/Σ DH medici)*100	≤32,25%	1
B.1.5	Efficienza operativa	Qualificazione assistenza ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	Degenza media preoperatoria	Σ gg pre op/Σdimessi	entro 1,64 gg	2
B.1.6	Efficacia Operativa	Implementazione rete ospedaliera secondo disposizioni regionali	Rispetto delle disposizioni in materia di rete ospedaliera e attuazione regolamento di riordino regionali	Adeguamento della rete ospedaliera alle disposizioni regionali	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO	1
B.2.1	Innovazione Processi Gestionali/ Organizzativi	Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	Avvio sistema MOSS	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) entro il 31/12/2023.	Data di avvio prevista / data effettiva	100%	1
B.2.2	Innovazione Processi Gestionali/ Organizzativi	Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	Avvio controllo interno	Avvio del processo di controllo interno in tutte le aziende secondo gli indicatori che verranno definiti con Atto Dirigenziale di futura predisposizione.	Numero processi avviati / Numero processi previsti	100%	1
B.2.3	PNRR	Capacità progettuale e spesa per investimenti	Rispetto degli obblighi previsti da PNRR nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Raggiungimento del target di spesa	RAGGIUNTO/NON RAGGIUNTO	100%	1
B.2.4	PNRR	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Rispetto degli obblighi previsti da PNRR nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014/2020	SI/NO	100%	1
B.2.5	PNRR	Capacità progettuale e spesa per investimenti	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Indicatore fissati nel CIS	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	100%	1
B.2.6	Digitalizzazione	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	Indicatori fissati nel DM 8/8/2022	Documenti indicizzati / n.ro di prestazioni erogate	>90%	1
B.2.7	Digitalizzazione	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	Indicatori fissati nel DM 8/8/2022	N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati	90%	1
B.2.8	Digitalizzazione	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	Indicatori fissati nel DM 8/8/2022	N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati	90%	1
B.2.9	Digitalizzazione	Digitalizzazione Cartella Clinica Elettronica	Diffusione e corretta gestione della Cartella Clinica Elettronica	Utilizzo della Cartella Clinica Elettronica di reparto e progressiva dematerializzazione delle cartelle cliniche	Numero delle cartelle cliniche completamente digitali / numero delle cartelle cliniche totali	≥25%	1
B.2.10	Digitalizzazione	Digitalizzazione Cartella Clinica Elettronica	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi		totale flussi (DD,DP,CO) / totale valore CE	almeno + 15%	1
B.3.1	Flussi informativi	Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario	Rispetto Scadenze	Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e di quanto prescritto dal comma n.174, art. 1 della Legge n. 311/2004, si rende necessario fissare alcune scadenze inoprinchiabili che le Aziende del S.S.R. devono rispettare con riferimento	Singole scadenze riferite al bilancio	Rispetto delle scadenze nel 2025 con riferimento all'esercizio economico 2024	1

Codice	Key Performance Area	Descrizione Analitica	Azioni	Indicatore	Formula	Valore atteso	Peso
B3.2	Flussi informativi	Gestione Sanitaria Accentrata	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale	Trasmissione, entro il 30 giugno, del Bilancio di verifica per Centro di costo in quadratura con il Bilancio dell'esercizio relativo all'esercizio precedente, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura, nell'ambito dell'attività di controllo di gestione, e consentire una valutazione complessiva dell'Azienda, del Presidio e della singola unità operativa in termini di efficienza ed efficacia, nonché del completamento dei progetti regionali correlati.		Invio entro il 30 giugno 2024	2
B3.3	Flussi informativi	Gestione Sanitaria Accentrata	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale	Trasmissione, entro il 01 agosto, del Bilancio di verifica per Centro di costo al 30.06.2024 in quadratura con il Conto Economico- Modello CE al 30.06.2024, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura, nell'ambito dell'attività di controllo di gestione, e consentire una valutazione complessiva dell'Azienda, del Presidio e della singola unità operativa in termini di efficienza ed efficacia, nonché del completamento dei progetti regionali correlati.	Data trasmissione documenti / data effettiva	Invio entro il 01 agosto 2024	2
B3.4	Flussi informativi	Flussi informativi dei Sistemi di sorveglianza	Completezza e qualità dei dati	Livello di qualità, completezza e tempestività nei flussi informativi previsti dal questionario LEA, da disposizioni nazionali e regionali afferenti all'ambito della prevenzione e della promozione della salute (Questionario LEA+Obblighi informativi Puglia)	Rapporto percentuale tra livello atteso di completezza e qualità dei dati e livello rilevato	100%	1
B3.5	Flussi informativi	Flussi informativi SDO	Completezza e qualità dei dati	Puntuale validazione della SDO per consentire la tempestiva comunicazioni verso i sistemi regionali: alla dimissione	Rapporto percentuale tra livello atteso di completezza e qualità dei dati e livello rilevato	100%	3
B3.6	Adempimenti obbligatori	Anticorruzione- Trasparenza, Privacy e Pari Opportunità	Monitoraggio delle attività previste dal PIAO	Collaborare a rilevare le richieste del RPCT e DPO e CUG	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO RPCT - DPO - CUG	2
B4.1	Qualità dei processi	Qualificazione strutture pubbliche	Qualità ed efficienza organizzativa	Strutture ospedaliere pubbliche – Predisposizione e trasmissione alla Regione ed al Servizio Qu.Ota – Aress delle autocertificazioni e griglie di valutazione relative ai percorsi di qualità di cui ai Manuali del RR 16/2019 – fase plan e fase do	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO	1
B4.2	Qualità dei processi	Implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico	Contribuire a garantire l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali (applicabili alla propria realtà aziendale) monitorandone l'attuazione.	La valutazione è positiva qualora sia stato implementato, nell'arco di un triennio, il 90% delle Raccomandazioni (applicabili) con monitoraggio semestrale	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO Resp. Rischio Clinico	1
B4.3	Qualità dei processi	Implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico	Contribuire a elaborare, attraverso la propria Unità Aziendale di Gestione del Rischio, la relazione annuale sugli eventi avversi ed il Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) secondo le Linee di Indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza	Trasmissione da parte dei Direttori Generali al Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente di una relazione annuale sugli eventi avversi e del Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO Resp. Rischio Clinico	1
B4.4	Qualità dei processi	Implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico	Contribuire a promuovere e garantire l'attivazione di sinergie e collaborazioni formali tra Unità aziendale di gestione del Rischio e i soggetti responsabili di altre specifiche funzioni (rischio infettivo, sicurezza degli operatori, gestione qualità e accreditamento, sicurezza trasfusionale, governo clinico e appropriatezza delle cure, ecc.)	Costituzione di un Board aziendale dedicato alla sicurezza delle cure con realizzazione di almeno n. 2 progetti multidisciplinari per anno di attività.	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO Resp. Rischio Clinico	1
B5.1	Ricerca Scientifica	Materiale biologico	Revisionare processi assistenziali al fine di operare sostegno alla raccolta di materiale biologico a favore della ricerca	Percentuale >70% del totale tra N. pazienti trattati e richiesti dal protocollo di ricerca Direzione Scientifica	Casi forniti/casi richiesti	>=70%	1
<b>C-Prospettiva assistito e relazioni con l'ambiente esterno</b>							
C1.1	Bisogni	Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Riduzione tempi pagamento	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 Ai sensi dell' art. 1, comma 865, della leggen. 145/2018, la quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30% per i dirigenti responsabili di Struttura/Area.	L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP), ai sensi dell'art. 9 del DPCM del 22 settembre 2014, è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento. Saranno considerate nel calcolo le fatture dell'anno oggetto della valutazione. Sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile, essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione.	ITP <= 0	15
C2.1	Bisogni	Qualificazione assistenza ospedaliera	Rispetto piano recupero liste d'attesa e adempimenti PNGLA	Rispetto tempi di attesa come da piano PNGLA e disposizioni regionali	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO Relazione Referente PNGLA	2
C2.2	Bisogni	Qualificazione assistenza ospedaliera	Trattazione segnalazioni comunicate all'URP	Numero riscontri a fronte di segnalazioni negative pervenute	% Riscontri/Segnalazioni negative per UO	100%	1
<b>C-Prospettiva apprendimento e crescita / crescita scientifica dell'Istituto</b>							
D1.1	Formazione	Formazione al personale	Partecipazione a eventi formativi obbligatori e facoltativi	Attestazioni per dipendente	N. attestazioni per dipendente	>=2	2
D1.2	Formazione	Formazione al collega	Trasferimento Know-how delle procedure per l'intercambiabilità	N. procedure per dipendente	N. procedure per dipendente	>=1	3
D1.3	Formazione	Formazione operatori sanitari	Previsione obbligo formativo in medicina di genere	Organizzazione corso formativo	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO	3
D2.1	Dati per informazioni cliniche per la ricerca scientifica	Dati per informazioni cliniche per la ricerca scientifica	Interazione Assist.za-Ricerca: Collaborazione conseguimento dati Casistica clinica di interesse scientifico al fine di conseguire pubblicazioni nello svolgimento dell'attività assistenziale	Percentuale >70% del totale tra N. pazienti trattati e richiesti dal protocollo di ricerca Direzione Scientifica	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	Evidenza con rendicontazione dell'unità preposta alla raccolta (Biobanca): (Casi forniti/ Casi richiesti)>=70%	4
<b>TOTALE</b>							<b>100</b>