

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA EMERGENZA / ACCETTAZIONE									
SCHEDA DI BUDGET									
SSD DEGENZA DI CARDIOLOGIA P.O. MATERA									
Cod Obiettivo o	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	Risultato Atteso anno 2018 %	% raggiungimento obiettivo Anno 2018	Punteggio Pesato	Note	
	Pre - requisito di Valutazione								
	Assolvimento del debito informativo	n. relazioni /dati ecc. al CDG, n.contestazioni di mancato / ritardato rispetto del debito inf. N. contestazioni formulate x incompletezza / incongruenza dei dati trasmessi implementazione contabilità analitica	100% riscontro dati e relazioni. Rispetto delle delibere aziendali n. 75/2016 - 12/4/2016 - 926/2016 e 1398/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connesse ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la validazione della performance - Temporale riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero	0%		non inviata relazione, la verifica è stata effettuata sulla base dei dati disponibili	
1	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche	< 23 (100%) - da 23 a 33 (50%) - > 33 (0%)	inferiore a 23 %	2	inferiore a 23 %	0%			
2	Gestione post - acuta delle SCA - STEMI e N STEMI afferenti alla Terapia Intensiva e alla Emodinamica Interventistica della U.O. di cardiologia - UTIC (Centro HUB)	Report sulla gestione post acuta delle SCA - STEMI e N STEMI	100% casi	2	Il Dirigente dovrà relazionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	50%	1,00		
3	Assicurare l'efficienza e la fertività delle U.O. mediante il rapido trasferimento e presa in carico di tutti i pz. stabilizzati	report sui trasferimenti		3	Il Dirigente dovrà relazionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	50%	1,50		
4	Contenimento noverni, accelerando le procedure diagnostiche rivolte ai completamenti procedurali ed alla corretta impostazione del follow up	report ARO e SIREP	uguale o minore ai ricoveri anno precedente	3	Il Dirigente dovrà relazionare dettagliatamente sulle attività svolte esui risultati raggiunti	50%	1,50		
5	Definizione e condivisione con i colleghi del Dip Medico di PDTA aziendali sulla gestione intraspedaliera della Cardiopatia Ischemica Cronica con schemia inducibile residua superiore al 15%	definizione percorsi condivisi	almeno due percorsi	2	Il Dirigente della U.O. dovranno definire e condividere i percorsi richiesti	50%	1,00		
6	Definizione e condivisione con i colleghi della U.O. C. del Dip. Emergenza Urgenza e Dip. Medico la revisione ed integrazione dei PDTA aziendali sulla gestione e i percorsi delle SCA - STEMI/IN -	definizione percorsi condivisi	almeno due percorsi	2	Il Dirigente della U.O. dovranno definire e condividere i percorsi richiesti	50%	1,00		
7	Audit periodici su monitoraggio PDTA	report su audit effettuati	almeno 1 audit per PDTA	1		100%	1,00		
8	Mantenimento / riduzione della spesa farmaceutica nell'ambito dei volumi di produzione programmati	report farmacia sul consumo delle U.O. di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	2	< = anno 2018 consumo farmaci e presidi	100%	2,00	dato non disponibile	
9	Incremento dell'uso del ricettario del SSN alla dimissione ospedaliera e invito ai pz. al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	N. ricette / paz. residenti dimessi (ord +dh)	> = 95	1	I medici della U.O. si devono impegnare a prescrivere i farmaci ai pz. residenti dimessi e invitarli al ritiro degli stessi presso la farmacia ospedaliera	100%	1,00		
10	Informalizzazione delle prestazioni / consulenze interne	consulenze / prestazioni interne al P.O. (se quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	100%	1	Gli operatori della U.O. sono impegnati a informatizzare le consulenze / prestazioni interne	100%	1,00		
11	Informalizzazione / consegna della SDO entro 30 gg dalla dimissione	report Direzione Sanitaria del P.O.	100% di SDO consegnate informatizzate entro 30 gg dalla dimissione	3	100% SDO chiuse entro 30 gg	100%	3,00		
12	Incentivare la prescrizione di beta bloccanti alla dimissione dopo un evento di infarto e inibitori o Sartani, anti aggreganti e statine alla dimissione dopo un evento di infarto	n. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA / N. pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta - bloccanti alla dimissione	9% (meno di 6%), 50% (67 e 77 %) 0% (meno di 6%), 50% (67 e 77 %) 0% (meno di 6%), 50% (67 e 77 %) 100% (più di 80%)	2	Incentivare la prescrizione di beta bloccanti, inibitori o Sartani, anti aggreganti e statine alla dimissione dopo un evento di infarto	100%	2,00		
13	Attività libero professionale	(per singolo medico U.O.) Tot. Prestaz. Amb. effettuate in infermeria / Tot. Prestaz. rese in attività infermieristica	Tot. Prestaz. amb. in infermeria devono essere inferiori a quelle rese in attività infermieristica per singolo medico della U.O. (Regolamento sz. ALPI)	2	% prestaz. effettuate (per singolo medico U.O.) in attività libero profess., non devono superare le prest. rese in infermeria	100%	2,00		
			Peso Totale Obiettivi 2018	29		% raggi. Obiettivi	19,00	62,07	
NOTE DEL DIRETTORE/DIRETTORE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE:									
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE:									
1. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOCUOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.									
IL COMMISSARIO: F. TO Dr Pietro QUINTO				IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico ADDUCI				Per ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore del Dipartimento: IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. D. R. dr. Antonio Vincenzo TROITO	
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Giacinto CALCULLI									

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA EMERGENZA / ACCETTAZIONE									
SCHEDA DI BUDGET									
N. scheda PERIODO VALUTATO ANNO 2018 COGNOME E NOME dr. Antonio CLEMENTE PROFILO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO TIPOLOGIA DI INCARICO DIRIGENTE RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE U.O.S.D. UTIC - P.O. MATERIA DIPARTIMENTO AREA MEDICA VALUTATORE DI 1° ISTANZA									
UTIC P.O. MATERIA									
Cod Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	Risultato Atteso anno 2018 %	% raggiungimento obiettivo Anno 2018	Punteggio Pesato	Note	
Pre - requisito di Valutazione									
	Assolvimento del debito informativo	n.relatiori dall' ecc. al CDG. n contestazioni di mancato / ritardato rispetto del debito inf. N contestazioni formali / incomplete / incongruenze dei dati / mancanza di trasparenza contabile / analitica	100% rispetto dati e relazioni - Rispetto delle delibere aziendali n. 75/2016 - 124/2016 - 926/2016 e 1396/2016 - Disciplina organica degli obblighi e responsa. connessi al flusso informativo di az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance - Tempestivo rispetto ai dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero	70%	2,10	La relazione porta alcuni dati di rilevanza ma non è completa (deficit) nel riferimento agli obiettivi assegnati	
1	Gestione post - acuta delle SCA - STEMI e N STEMI affetti alla Terapia Intensiva e alla Emodinamica Interventistica della U.O. di cardiologia - UTIC (Centro HUB)	Report sulla gestione post acuta delle SCA - STEMI e N STEMI	100% casi	3	Il Dirigente dovrà relazione dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	3,00		
2	Accelerazione delle procedure interventistiche e la trasferibilità del paziente nel reparto a media intensità di cure	report AIRO e SIREP	uguale o maggiore rispetto ai ricoveri anno precedente	3	Il Dirigente dovrà relazione dettagliatamente sulle attività svolte esu risultati raggiunti	100%	3,00		
3	Incremento della ricettività dell'UTIC mediante il trasferimento di tutti i pazienti prima della dimissione - nelle strutture a media intensità di cura della UOC Cardiologia per consentire l'elaborazione e condivisione con i colleghi della U.O. C. del Dip. Emergenza Urgenza e Dip. Medico la revisione ed integrazione dei PDTA aziendali sulla gestione e i percorsi delle SCA - STEMIN - STEMI e dolore toracico	report AIRO - SIREP (p.z. extra regionali anno precedente / p.z. extraregionali anno in corso)	100% dei dimessi vvi	3	Il Dirigente U.O. dovrà impegnarsi a collaborare con il direttore U.O.C. al raggiungimento dell'obiettivo	100%	3,00		
4	Audit periodici su monitoraggio PDTA	definizione percorsi	almeno due percorsi x U.O.	2	Gli operatori della U.O. dovranno definire e condividere i percorsi richiesti	100%	2,00		
5	Mantenimento / riduzione della spesa farmaceutica nell'ambito dei volumi di produzione programmati	report su audit effettuati	almeno 1 audit per PDTA	2	Il Dirigente dovrà relazione dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	2,00		
6	Incremento dell'uso del ricettario del SSN alla dimissione ospedaliera e invito al pz. al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	3	< = anno 2017 consumo farmaci e presidi	100%	3,00		
7	Informattizzazione delle prestazioni / consulenze interne	N. ricette / paz. residenti dimessi / trasferiti	> = 95	2	Il medico della U.O. si devono impegnare a prescrivere i farmaci ai pz. residenti dimessi e invitare al ritiro degli stessi presso la farmacia ospedaliera	100%	2,00		
8	Concorrenza alla riduzione della mobilità passiva aziendale	consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute)	100%	1	Gli operatori della U.O. sono impegnati a informatizzare le consulenze / prestazioni interne	100%	1,00		
9	Attività libero professionale	uguale o minore al dato aziendale del saldo (mobilità attiva meno mobilità passiva) di mobilità ospedaliera interregionale		1	Gli operatori U.O. sono impegnati a lavorare per migliorare il saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria interregionale (mobilità attiva meno mobilità passiva)	100%	1,00		
10		(per singolo medico U.O.) tot. Prestaz. Amb. effettuate in infermeria / tot. Prestaz. rese in attività infermeria	tot. Prestaz. amb. in infermeria devono essere inferiori a quelle rese in attività infermeria per singolo medico della U.O. (Regolamento az. ALPI)	2	le prestaz. effettuate (per singolo medico U.O.) in attività infermeria non devono superare le prest. rese in infermeria	100%	2,00		
11	Incentivare la prescrizione di beta bloccanti alla dimissione dopo un evento di infarto e alla dimissione dopo un evento di infarto	n. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco beta bloccante alla dimissione per infarto (N. N. farmacia ospedaliera) / tot. pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco beta bloccante alla dimissione dopo un evento di infarto	0% (meno di 65%) 50% (tra 65 e 75%) 100% (più di 75%)	2	Incentivare la prescrizione di beta bloccanti infermi o sanari, agli aggregati e sanari alla dimissione dopo un evento di infarto	100%	2,00		
Peso Totale Obiettivi 2018				27	% raggi. Obiettivi		26,10		
							96,67		
NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE:									
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE:									
IL COMMISSARIO: F.TO Dr Pietro QUINTO				IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico ADDUCI				Per ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore del Dipartimento: IL DIRETTORE / DIRIGENTE f. f. DEL C. D. R. dr. Antonio CLEMENTE	
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Giacinto CALCULI									
Commenti e specificazioni									

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA EMERGENZA / ACCETTAZIONE	
SCHEDA DI BUDGET	
N. scheda	
PERIODO VALUTATO ANNO 2018	
NOME COGNOME dr. Francesco DIMONA	
PROFILO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO	
TOPOLOGIA DI INCARICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	
UNITA' OPERATIVA ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. MATERA	
DIPARTIMENTO D.E.A.	
VALUTATORE DI 1° ISTANZA	

U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. MATERA						
Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1, max 3)	Risultato Atteso anno 2018	Punteggio Ponderato
	Pre - requisito di Valutazione					
	Assolvere entro del debito informativo					
1	Gestione delle operazioni: addizione / sottrazione con le UU.OO. chirurgiche) applicazione di protocolli operativi per somministrazione utilizzo sale operatorie (rispetto orari di inizio attività Chirurgiche e riduzione tempi morti tra interventi)	Produzione e invio reports	100% rispetto dati e relazioni. Rispetto delle delibere aziendali n. 75/2016 - 124/2016 - 926/2016 e 1366/2016 "Disciplina organica degli obblighi e response, connessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero	3,00
2	Elaborazione e condivisione con la U.O. di Anatomia Patologica di Matera di una procedura: percorso per il ricovero in U.O. di Anestesia e Rianimazione in caso di emergenza al Regolamento (UE) 2015/491 di riclassificazione della formalina	Stesura e condivisione della procedura per il trasporto e conservazione dei campioni operatori, in ottemperanza al regolamento (UE) 2015/491 di riclassificazione della formalina, nel I semestre dell'anno, reports di implementazione e monitoraggio della stessa nel secondo semestre anno	almeno 1 reports su applicazione protocolli, almeno 1 reports su utilizzo delle sale operatorie	2	Ottimizzazione delle Sale Operatorie Il Direttore deve relazionare sull'applicazione dei protocolli e sull'utilizzo delle sale operatorie producendo reports	1,60
3	Strategie per il controllo del dolore: utilizzo di farmaci oppioidi / reports su consumo farmaci oppioidi anno precedente / reports su prescrizione farmaci / anno precedente anno in corso	reports su consumo farmaci oppioidi anno precedente / reports su consumo farmaci oppioidi anno in corso, reports su prescrizione farmaci / anno precedente anno in corso	< 1,6 (0%) - da 1,6 a 2,1 (50%) 2,1 (100%)	2	Gli Operatori dell'U.O. dovranno impegnarsi a stendere e condividere la procedura per il trasporto, conservazione e trattamento dei campioni operatori, secondo le indicazioni guida per il primo anno, applicare e migliorare la procedura nel secondo semestre l'anno	2,10
4	Strategie per il controllo del dolore: apertura dell'ambulatorio di terapie analgiche	apertura ambulatorio un giorno alla settimana	100% richieste pervenute	2	apertura ambulatorio un giorno alla settimana	1,80
5	Attività ambulatoriale: conferma dati attività ambulatoriali anno 2017 (a parità di risorse) e rispetto dei tempi di attesa come da normativa	reports CUP	uguale o maggiore attività ambulatoriali effettuate nel 2017 - tempi di attesa > 30 gg X visite - 60 gg X prestazioni strumentali	3	< = attività ambulatoriali 2017	3,00
6	Attività ambulatoriale: conferma dati attività ambulatoriali anno 2017 (a parità di risorse) e rispetto dei tempi di attesa come da normativa	reports CUP	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	2	< = anno 2017 consumo farmaci e presidi	2,00
7	Attività ambulatoriale: conferma dati attività ambulatoriali anno 2017 (a parità di risorse) e rispetto dei tempi di attesa come da normativa	consulenze / prestazioni interne al P.O. informatizzate tramite SIREP	100%	2	Gli operatori dell'U.O. sono impegnati a informatizzare le consulenze / prestazioni interne	2,00
8	Attività ambulatoriale: conferma dati attività ambulatoriali anno 2017 (a parità di risorse) e rispetto dei tempi di attesa come da normativa	reports Direzione Sanitaria del P.O.	100% di SDO consegnate / informatizzate entro 30 gg. dalla emissione	3	100% SDO chiuse entro 30 gg	1,50
9	Attività ambulatoriale: conferma dati attività ambulatoriali anno 2017 (a parità di risorse) e rispetto dei tempi di attesa come da normativa	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il personale dirigente (non limitando di schede di budget) e del comparto (inclusa la P.O.), inerenti alla struttura diretta.	1,00
10	Attività ambulatoriale: conferma dati attività ambulatoriali anno 2017 (a parità di risorse) e rispetto dei tempi di attesa come da normativa	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazioni consegnate e fine anno	100% compilazione / valutazione / sottoscrizione schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	100% schede dirigenti complete ed inviate	1,00
			TOTALE PESO OBIETTIVI ANNO 2018	24		21,00
					% raggi. Obiettivi	87,50

NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE: Il Direttore della U.O. evidenzia che il conseguimento pieno dell'obiettivo n. 2 è condizionato da molteplici variabili non riconducibili alla sola attività della U.O.

NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE: La Direzione Strategica ritiene opportuno le osservazioni del Direttore della U.O. e ritiene raggiunto l'obiettivo nel caso in cui il mancato raggiungimento dello stesso venga adeguatamente documentato, da cause organizzative e gestionali non addebitabili alla U.O.

1. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UO/UCSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.

IL COMMISSARIO : F. TO Dr. Pietro QUINTO	IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico ADDUCI	Per ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore dal Dipartimento: IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. D. R. dr. Francesco DIMONA
	IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Francesco DI MONA	

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA EMERGENZA / ACCETTAZIONE						
SCHEDA DI BUDGET						
U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. POLICORO						
Cod. Obiettivo	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 5)	% raggiungimento obiettivo Anno 2018	Punteggio Pesato	Note
1	Gestione sale operatorie: adozione / condivisione con le UU.OO. chirurgiche) applicazione di protocolli operativi per ottimizzazione utilizzo sale operatorie (rispetto orari di inizio attività)	100% / incontro dati e relazioni. Rispetto della delibere approvate. "Disciplina organica degli obblighi e risposte" connessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	100%	3,00	
2	Assolvimento del debito informativo	n.relatiori /dati ecc. al CDG, n contestazioni di mancato / ritardato rispetto del debito inf. N. contestazioni formulate x incompletezza / incongruenza dei dati trasmessi implementazione contabilità analitica				
3	Produzione e invio reports	almeno 1 reports su applicazione protocolli; almeno 1 report su utilizzo delle sale operatorie	2	80%	1,60	No reports su applicazione protocolli
4	Elaborazione e condivisione con la U.O. di Anatomia Patologica di Materia di una procedura / percorso per il trasporto e conservazione dei campioni operatorii, in ottemperanza al Regolamento (UE) 2015/461 di riclassificazione della formalina nel semestre dell'anno - reports di implementazione e monitoraggio della stessa nel secondo semestre anno	nella seconda metà dell'anno (giugno - dicembre) il 100 % dei campioni operatorii devono essere in conformità con la procedura adottata in conformità al Regolamento (UE) 2015/461	3	70%	2,10	La relazione riporta molti dati di attività ma non fa cenno alla procedura richiesta - non se ne fa cenno nella relazione
5	Strategie per il controllo del dolore utilizzo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore	reports su consumo farmaci oppioidi anno precedente / reports su consumo farmaci oppioidi anno in corso, reports su prescrizione farmaci / anno precedente / anno in corso	1	70%	0,70	non attivato l'ambulatorio di terapia analgica x ragioni organizzative
6	Organizzazione gestione turni prelievi e pomeridiani nell'arco dell'anno	almeno 200 turni /anno tra pomeridiani e prelievi relazione del Direttore U.O. e suoi risultati raggiunti	3	100%	3,00	
7	Razionalizzazione/Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	< 16 (0%) - da 16 a 21 (50%) - > 21 (100%)				
8	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi reports CUP	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	2	100%	2,00	non rilevabile a causa della nuova procedura
9	Attività ambulatoriale confermata dall'attività ambulatoriali anno 2017 (a parità di risorse) e rispetto dei tempi di attesa come da normativa	uguale o maggiore attività ambulatoriali effettuate nel 2017- tempi di attesa > 30 gg X visite - 60 gg x prestazioni strumentali	3	80%	2,40	
10	Informalizzazione delle prestazioni / consuezioni interne	consuezioni / prestazioni interne al P.O. informatizzate tramite SIREP	2	100%	2,00	L'informatizzazione Non è stata attuata x ragioni esterne alla U.O.
11	Informalizzazione : consegna della SDO entro 30 gg alla ammissione / inserimento	100% di SDO consegnate/informatizzate entro 30 gg dalla dimissione	3	100%	3,00	
12	Condivisione degli obiettivi di budget	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	100%	1,00	
13	Negoziazione/assegnazione /valutazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	100% compilazione /valutazione /fotocrittazione schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	100%	1,00	
Peso Totale Obiettivi 2018			24	%	90,83	
NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI INCOGNIZIONE: Il Direttore della U.O. evidenzia che il conseguimento pieno dell'obiettivo n. 2 è condizionato da molteplici variabili non riconducibili alla sola attività della U.O.						
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI INCOGNIZIONE: La Direzione Strategica ritiene fondate le osservazioni del Direttore della U.O. e ritiene raggiunto l'obiettivo nel caso in cui il mancato raggiungimento dello stesso venga adeguatamente documentato da cause organizzative e gestionali non addebitabili alla U.O.						
1. Responsabili delle UOS e titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOCUOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.						
IL COMMISSARIO : F. TO Dr. Pietro Quinto						
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Francesco Di Mونا						
IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico Adduci						
Per Accettazione acquisita dal Direttore dal Dipartimento: IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. D. R. dr. Francesco Dimona						

Per ACCETTAZIONE, acconsente dal Direttore del Dipartimento,
a. DIRETTORE I. SPOINTE DEL C. D. R. di MANAGER GENERALE CALICOLI

N. scheda _____ ANNO 2018
 PERIODO VALUTATO _____
 NOME E COGNOME _____
 dr. ssa **Martini FANZIO**
 PROFILO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO
 TIPOLOGIA DI INCARICO DIRIGENTE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE
 UNITA' OPERATIVA _____
 U.O.S. COORDINAMENTO ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE
 DIPARTIMENTO _____ D.E.A.
 VALUTATORE DI 1ª ISTANZA _____

U.O. S. D. COORDINAMENTO ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE

[illegible]

NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE: Il Direttore della U.O. evidenzia che il conseguimento pieno dell'obiettivo n. 2 è condizionato da molteplici variabili non riconducibili alla sola attività della U.O.

NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE: La Direzione Strategica ritiene fondate le osservazioni del Direttore della U.O. e ritorna raggiungendo l'obiettivo nel caso in cui il mercato raggiungimento dello stesso venga adeguatamente documentato da cause organizzative e gestionali non addebitabili alla

Responsabili delle UOS e titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.

IL COMMISSARIO : F.TO Dr. Pietro QUINTO

IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico ADDUCI

Per ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore dal Dipartimento: IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. D. R.
dr. ssa Marina FANZIO

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Francesco Di Mونا

Comments e certificazioni

IL CONSUMO DEI FARMACI OPIOIDI SI RIFERISCE AL DATO DELL'INTERA AZIENDA

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA EMERGENZA / ACCETTAZIONE	
SCHEDA DI BUDGET	
N. scheda	
PERIODO VALUTATO	ANNO 2018
PROFILO PROFESSIONALE	DIRIGENTE MEDICO dr. ROCCO DI LEO
TIPOLOGIA DI INCARICO	DIRIGENTE DI STRUTTURA SERVIZIO DIPARTIMENTALE
UNITA' OPERATIVA	SIMPLESS DIPARTIMENTALE - GESTIONE EMERGENZA ACCETTAZIONE
DIPARTIMENTO	D.E.A.
VALUTAZIONE DI 1° ISTANZA	

U.O.S.D. GESTIONE EMERGENZA ACCETTAZIONE P.O. POLICORO									
Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	Risultato Atteso anno 2018 %	% raggiungimento Obiettivo Anno 2018	Punteggio Pesato	NOTE	
	Pre - requisito di Valutazione								
	Assolvimento del debito informativo	n relazioni (dati ecc. al CDG, n contestazioni di mancato / ritardo rispetto del debito inf. N. di contestazioni / inadempienze / incongruenze dei dati trasmessi / implementazione contabilità analitica	100% riscontro dati e relazioni - Rispetto delle delibere n. 75/2018 e 126/2018 e 136/2016 "Disciplina contabile degli obblighi al Flussi Informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3		100%	3,00		
1	Tempestività delle visite ai pz. con codice giallo, visite e/o trattamento entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage)	n di accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti / n di accessi in P.S. con codice giallo	tempi di attesa per la presa in carico inferiore a 30 minuti	2	I pazienti con codice colore triage giallo devono essere trattati entro 30 minuti dal momento dell'accettazione	50%	1,00		dato aziendale
2	Tempestività delle visite ai pz. con codice verde, visite e/o trattamento entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage)	n di accessi in P.S. con codice verde visitati entro 1 ora / n di accessi in P.S. con codice verde	tempi di attesa per la presa in carico inferiore a 1 ora	2	I pazienti con codice colore triage verde devono essere trattati entro 1 ora dal momento dell'accettazione	50%	1,00		dato aziendale
3	% di accessi al P.S. con codice verde, non inviati al ricovero, oppure ad Osservazione Breve con tempi di permanenza entro le 4 ore	n di accessi in P.S. con codice verde non inviati al ricovero o all' Osservazione Breve	tempi di permanenza inferiori a 4 ore	2	tempi di permanenza dei pazienti accettati con codice verde, non inviati al ricovero o all' Osservazione Breve, devono essere inferiori alle 4 ore	100%	2,00		dato aziendale
4	Verifica e controllo dei pazienti ricattendi in regime di Osservazione Breve (O.B.)	reports su controlli effettuati	Procedura AIRO e SIREP	1	Controlli periodici	100%	1,00		
5	Qualità informativa dei flussi ministeriali e/o regionali completi e nei tempi previsti	scheda di pronto Soccorso e Flussi Emergenza Urgenza DM17/12/2009 inviati agli uffici regionali e io ministeriali	schede di P.S. trimestralmente, entro il 15 mese successivo --- flussi su supporto magnetico/min (mensile entro il 2 del mese successivo	3	Ispezione della completezza e tempestività di invio dei flussi previsti	100%	3,00		
6	Strategie per il controllo del dolore utilizzo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore	reports su consumo farmaci oppioidi anno precedente / reports su consumo farmaci oppioidi anno in corso; reports su prescrizione farmaci / anno precedente anno in corso	< 1,6 (0%) - da 1,6 a 2,1 (50%) 2,1 (100%)	1	> 2,1	100%	1,00		
7	Prevenzione incidenti dom. e sul lavoro	reports su numero e tipologia degli incidenti domestici, stradali, sul lavoro inviati al Direttore Dip. prevenzione e ai diretti dei Distretti	invio Semestrali dei reports	1	invio dei reports	100%	1,00		
8	Riduzione ricoveri impropri, condivisione / applicazione percorso x ricoveri di pz. in urgenza	procedura AIRO - vertici degli incontri di condivisione / verbali su monitoraggio effettuato su applicaz. Percorso	almeno due incontri di condivisione - almeno un monitoraggio su applicazione percorso	2	Condivisione del percorso con tutte le UU.OO interessate e monitoraggio sull'applicazione dello stesso	60%	1,20		No reports su applicazione protocolli
9	Razionalizzazione/Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	report farmaci sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	2	< = anno 2017 consumo farmaci e presidi	100%	2,00		non rilevabile a causa della nuova procedura
10	Incremento dell'uso del ricettario del SSN alla dimissione ospedaliera e invio ai pz. al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	N. ricette / paz. residenti dimessi	> = 95	3	I medici della U.O. si devono impegnare a prescrivere i farmaci ai pz. residenti dimessi e inviati al ritiro degli stessi presso la farmacia ospedaliera	100%	3,00		
11	Concorrere alla riduzione della mobilità passiva aziendale	uguale o minore al dato aziendale dei saldi (mobilità attiva meno mobilità passiva) di mobilità ospedaliera interregionale, corrispondente a meno 21,5 milioni di euro e meno 5232 ricoveri anno 2013	Riduzione, rispetto all'anno di compensazione precedente del saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria interregionale (La verifica verrà effettuata sui dati regionali disponibili di mobilità passiva ASM degli ultimi anni e sui dati aziendali di mobilità attiva x singola Unità operativa e/o Dipartimento)	1	Gli operatori U.O. sono impegnati a lavorare per migliorare il saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria interregionale (mobilità attiva meno mobilità passiva)	100%	1,00		
12	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e urgenza)	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il personale (operatori, infermieri, ausiliari, segretaria di budget) e del comparto (incluse le P.O.) afferenti alla struttura diretta.	100%	1,00		
13	Negoziazione/assimilazione Valutazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% compilazione Valutazione sottoscrizione schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	100% schede dirigenti complete ed inviate	0%	-		non redatte ed inviate le schede
Totale obiettivi 2018				25		% raggi. Obiettivi	84,80		

NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN CASO DI NEGOTIAZIONE:
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN CASO DI NEGOTIAZIONE:
1.1 Responsabili della UOS e i titolari di incarichi professionali emendano gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UDOP alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.

IL COMMISSARIO : F.TO Dr. Pietro QUINTO	IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Francesco DI MONA	IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico ADDUCI	Per ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore dal Dipartimento: IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. D. R. dr. R. DI LEO
---	---	---	---

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA EMERGENZA / ACCETTAZIONE									
SCHEDA DI BUDGET									
U.O. S.D. TERAPIA INTENSIVA GENERALE									
Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	Risultato Atteso anno 2018 %	% ragguagliamento obiettivo Anno 2018	Punteggio Pesato	Note	
	Pre - requisito di Valutazione								
	Assorbimento del debito informativo	n. relazioni / dati ecc. al CDG, n contestazioni di mancato / ritardo rispetto del debito inf. / contestazioni formulate x incompletezza / incongruenze / inaffidabilità / dall'analisi implementazione contabilità analitica	100% / incontro dati e relazioni - Rapporto delle delibere aziendali n. 75/2016 - 124/2016 - 928/2016 e 1398/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connesse ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle informazioni"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero	100%	3,00		
1	Formazione del personale medico e del comparto al fine di realizzare il modello gestionale della cosiddetta "Terapia intensiva aperta"	organizzazione di attività formative	2 attività formative /anno rivolte ai medici e al comparto della U.O	2	Il Dirigente dovrà predisporre ed inviare una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	50%	1,00	La relazione riporta molti dati di attività ma non fa cenno agli obiettivi assegnati	
2	Verifica della correttezza delle prescrizioni della terapia antibiotica somministrata ai pz. del reparto	report di verifica da effettuarsi a campione in seguito agli esami forniti dal servizio di microbiologia	almeno 2 verifiche a/c controlli /anno	2	Il Dirigente dovrà predisporre ed inviare una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	50%	1,00		
3	Verifica della corretta prescrizione del trattamento nutrizionale iniziale enterale e parenterale antibiotica somministrata ai pz. del reparto	report di verifica da effettuarsi a campione sulle prescrizioni effettuate ai pz. del reparto	almeno 2 verifiche e/o controlli /anno	2	Il Dirigente dovrà predisporre ed inviare una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	50%	1,00		
4	Attività di formazione rivolta al personale medico sulla corretta prescrizione della ventilazione artificiale	organizzazione di attività formative	almeno 1 attività formative /anno rivolta ai medici e comparto della U.O	1	Il Dirigente dovrà predisporre ed inviare una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	50%	0,50		
5	Razionalizzazione/riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	report farmaci sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	<= al consumo anno precedente di farmaci e presidi e comparto della U.O	2	< = anno 2017 consumo farmaci e presidi	100%	2,00	Non rilevabile a causa della nuova procedura	
6	Incremento dell'uso del ricettario del SSN alla dimissione ospedaliera e invio ai pz. al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	N. ricette / pz. residenti dimessi	>= 85	3	I medici della U.O. si devono impegnare a prescrivere i farmaci ai pz. residenti dimessi e inviarli al ritiro degli stessi presso la farmacia ospedaliera	100%	3,00		
7	Informalizzazione delle prestazioni / consulenze interne	consulenze / prestazioni interne al P.O. informatizzate tramite SIREP	100%	2	Gli operatori della U.O. sono impegnati a informatizzare le consulenze / prestazioni interne	100%	2,00		
8	Informalizzazione / consegna delle SDO entro 30 gg. alla dimissione / trasferimento	reports Direzione Sanitaria del P.O	100% di SDO consegnate /informatizzate entro 30 gg. dalla dimissione	3	100% SDO chuse entro 30 gg	50%	1,50	dati Dirz. Sanitaria P.O	
9	Formazione dei Dirigenti medico in merito alla corretta compilazione della SDO	Report ARO e SIREP	almeno due incontri / anno di formazione rivolta ai colleghi sulla corretta compilazione delle SDO	2	La Dirigente dovrà predisporre ed inviare una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	50%	1,00	La relazione riporta molti dati di attività ma non fa cenno agli obiettivi assegnati	
			Peso Totale Obiettivi 2018	27		% ragg. Obiettivi	72,73		
NOTE DEL DIRETTORE/DIRETTORE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOTIAZIONE:									
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOTIAZIONE:									
1. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente dell'UOS/USD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.									
IL COMMISSARIO : F. TO Dr. Pietro QUINTO									
IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico ADUCCI									
Per ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore dal Dipartimento: IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. D. R. Dr. Francesco Massimo ROMITO									
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Francesco DI MONA									

Cod Obiettivo		Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% raggiungimento obiettivo Anno 2018	Punteggio Peso	Note
UTIC P.O. POLICORO								
Pre - requisito di Valutazione								
Assolvimento del debito informativo								
1	Gestione delle SCA - STEMI e N STEMI in fase acuta, integrando con la della U.O. di cardiologia - UTIC di Materia afferenti alla Terapia intensiva e alla Emodinamica interventistica, al fine di ridurre i tempi di accesso alle procedure interventistiche ed alla stabilizzazione del paziente	Report sulla gestione post acuta delle SCA - STEMI e N STEMI - Stratificazione del quadro clinico condiviso	n.relatiori (dati sec. ai CDG, n contestazioni di N contestazioni formulate e non contestate) / Incongruenze degli obblighi e respons. connessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	100% casi	3	100%	3,00	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione delle performance - Tempistico /riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero
2	Definizione condivisa del percorso inerente il trasferimento dei pazienti tra l'ospedale di Policoro e quelle di Matera	definizione percorso	applicazione percorso		2	100%	2,00	Il Dirigente dovrà ragionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti
3	Definizione e condivisione con i colleghi del Dip. Medico di POTA aziendali sulla gestione ed i percorsi delle SCA STEMI / N STEMI e del dolore toracico	definizione percorsi condivisi	almeno due percorsi		3	100%	3,00	Il Dirigente dovrà ragionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti
4	Audi periodici su monitoraggio POTA	report su audi effettuati	almeno 1 audit per POTA		2	100%	2,00	Il Dirigente dovrà ragionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti
5	Mantenimento / riduzione della spesa farmaceutica nell'ambito del volume di produzione programmati	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	<= al consumo anno precedente di farmaci o presidi a parità di volumi di attività prodotti		2	100%	2,00	Il Dirigente dovrà ragionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti
6	Incremento dell'uso dei ricettari dei SGM alla dimissione ospedaliera e invio ai pz. al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	N ricette / paz. residenti (ord. <4h)	>= 95		3	100%	3,00	I medici della U.O. si devono impegnare a prescrivere i farmaci ai pz. residenti dimessi e inviarli al ritiro degli stessi presso la farmacia ospedaliera
7	Informalizzazione delle prestazioni / consulenze interne	consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	100%		2	100%	2,00	Gli operatori della U.O. sono impegnati a informatizzare le consulenze / prestazioni interne
8	Informalizzazione / consegna della SDO entro 30 gg dalla dimissione	report Direzione Sanitaria del P.O	100% di SDO consegnate/informatizzate entro 30 gg. dalla dimissione		3	100%	3,00	100% SDO chiuse entro 30 gg
9	Concorrere alla riduzione della mobilità passiva aziendale	uguale o minore al dato aziendale del saldo (mobilità attiva meno mobilità passiva) di mobilità ospedaliera interregionale	Edizione, rispetto all'anno di compensazione precedente del saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria interregionale (la verifica verrà effettuata sui dati regionali disponibili di mobilità passiva ASN degli operatori e sui dati regionali di mobilità attiva x singola Unità operativa elo Digiatemico)		1	100%	1,00	Gli operatori U.O. sono impegnati a lavorare per migliorare il saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria interregionale (la verifica verrà effettuata sui dati regionali disponibili di mobilità attiva meno mobilità passiva)
10	Interventi di prevenzione di beta bloccanti alla dimissione dopo un evento di infarto e inibitori della SGLT2 al fine di ridurre la ricaduta alla dimissione dopo un evento di infarto	il di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro 30 gg. per il ritiro della dimissione per MA / N. pz. dimessi per MA, che non abbiano il colpo con N/A - bloccanti alla dimissione	una (meno) unità operativa 100% (più o meno 77 %) da (meno di 85%, sopra le 85 e 75 %) 0% (meno di 100%, sopra le 85 e 80 %) 100% (più di 80%)		2	100%	2,00	Incentivare la prescrizione di beta bloccanti inibitori o sartani, anti aggreganti e statine alla dimissione dopo un evento di infarto
11	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)		1	100%	1,00	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il personale dirigente (non formato di scheda di budget) e del comparto (incluse le P.O.), afferenti alla struttura diretta.
12	Attività lavoro professionale	(per singolo medico U.O.) tot. Prestaz. Amb. effettuate in infermeria / tot. Prestaz. rese in attività distrettuale	tot. Prestaz. amb. in infermeria devono essere inferiori a quelle rese in attività distrettuale per singolo medico della U.O. (Regolamento az. ALP)		2	0%		le prestaz. effettuate (per singolo medico U.O.) in attività libero profess. non devono superare le prest. rese in infermeria
							26,00	
							92,88	
								% rapp. Obiettivi

NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE:

IL DIRETTORE SANITARIO:
Dr. Domenico ADDUCI

**Per ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore del Dipartimento:
IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. D. R.
dr. Luigi TRUNCELLITO**

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Giacinto CALCULI

Punteggio totale Dipartimento			
DIPARTIMENTO EMERGENZA - ACCETTAZIONE D.E.A.			
UNITA' OPERATIVA		RISULTATO RAGG. OBIETTIVI ANNO 2018 %	
1	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. MATERA	87,50	
2	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. POLICORO	90,83	
3	U.O.C. PRONTO SOCCORSO P.O. MATERA	92,86	
4	U.O.S.D. PRONTO SOCCORSO P.O. POLICORO	84,80	
5	U.O.S.D. COORDINAMENTO ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE	86,36	
6	U.O.S.D. TERAPIA INTENSIVA GENERALE	72,73	
7	U.O.C. CARDIOLOGIA P.O. MATERA -	87,65	Dipartimento Regionale CUORE
8	U.O. S.D. UTIC POLICORO	92,86	Dipartimento Regionale CUORE
9	U.O.S.D. UTIC MATERA	96,67	Dipartimento Regionale CUORE
10	U.O.S.D. DEGENZA CARDIOLOGICA P.O. MATERA	62,07	Dipartimento Regionale CUORE PER GLI OPERATORI DEL COMPARTO 81%
	TOTALE	854,33	
Percentuale di raggiungimento totale del Dipartimento		85,43	