

Criteri valutazione Obiettivi specifici DG AOU RUGGI				
Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
Garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso il conseguimento degli standard previsti dal sottoinsieme "CORE" degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, con particolare attenzione alla continuità delle performance nel tempo e alla riduzione delle eventuali criticità rilevate nei monitoraggi nazionali e regionali	L'indicatore esprime la capacità dell'Ente di garantire i livelli essenziali di assistenza, misurata attraverso il sottoinsieme degli indicatori "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia, valutandone anche le variazioni nel tempo. Tale sottoinsieme comprende indicatori afferenti alle diverse aree di competenza delle Aziende Sanitarie, consentendo una valutazione integrata della performance aziendale	L'indicatore si ottiene attraverso cinque fasi. Per il dettaglio sulle modalità e formule di calcolo si rimanda all'Allegato tecnico. Formula di calcolo: Per il dettaglio della metodologia di calcolo si rimanda all'allegato tecnico. Ai fini della valutazione sono considerati i valori registrati nel periodo agosto-dicembre 2025 e nelle intere annualità successive. Inoltre, ai fini della valutazione sarà eventualmente richiesta ai Direttori Generali la stesura di una relazione dettagliata sugli interventi e sulle azioni intraprese nel corso delle varie annualità oggetto di valutazione per il superamento delle criticità rilevate per i due periodi precedenti, dando evidenza di eventuali risultati e miglioramenti conseguiti. Fonte di calcolo: CIRS.	Per il dettaglio delle soglie di valutazione si rimanda all'Allegato tecnico	15%
Garantire il rispetto complessivo dei tempi massimi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità delle prestazioni assistenziali definite "prestazioni sentinella", sia in regime ambulatoriale che di ricovero	L'indicatore esprime la capacità dell'Ente di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa - per ciascuna classe di priorità - delle prestazioni definite "prestazioni sentinella", sia in regime ambulatoriale che di ricovero	Ai fini della valutazione del raggiungimento dell'obiettivo l'ente dovrà produrre una relazione che certifichi le prestazioni sentinella erogate nei tempi previsti sul totale delle prestazioni (ricoveri e attività ambulatoriali) , attraverso un monitoraggio sia ex ante sia ex post. Per monitoraggio ex ante si intende la differenza tra la data di appuntamento e la data di contatto. Per monitoraggio ex post si intende la differenza tra la data di erogazione e la data di contatto. Per le prestazioni ambulatoriali, il dato dovrà essere coerente con quanto presente sulla Piattaforma Sinfonia Liste Attesa (asap bi e ss.mm.ii) Formula di calcolo: Prestazioni sentinella erogate nei tempi/ totale prestazioni sentinella erogate Fonte di calcolo: Piattaforma Sinfonia Liste Attesa (asap bi e ss.mm.ii)	• 100% qualora il valore dell'indicatore [prestazioni sentinella erogate nei tempi previsti sul totale delle prestazioni (ricoveri e attività ambulatoriali)] risulti pari o superiore al 90%; • 90% qualora il valore dell'indicatore [prestazioni sentinella erogate nei tempi previsti sul totale delle prestazioni (ricoveri e attività ambulatoriali)] risulti compreso tra l'80,00% e l'89,99%; • 75% qualora il valore dell'indicatore [prestazioni sentinella erogate nei tempi previsti sul totale delle prestazioni (ricoveri e attività ambulatoriali)] risulti compreso tra il 75,00% e il 79,99%; • 50% qualora il valore dell'indicatore [prestazioni sentinella erogate nei tempi previsti sul totale delle prestazioni (ricoveri e attività ambulatoriali)] risulti compreso tra il 60,00% e il 74,99%; • 0% qualora il valore dell'indicatore [prestazioni sentinella erogate nei tempi previsti sul totale delle prestazioni (ricoveri e attività ambulatoriali)] risulti inferiore al 60%.	10%
Assicurare un costante e puntuale monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie (ALPI), al fine di garantire l'equità nell'accesso e la piena aderenza agli obiettivi di appropriatezza e trasparenza del servizio sanitario pubblico;	L'indicatore misura la capacità dell'Ente di rispettare l'equilibrio delle prestazioni sentinella tra regime istituzionale e ALPI, al fine di garantire l'equità nell'accesso e la piena aderenza agli obiettivi di appropriatezza e trasparenza del servizio sanitario pubblico.	L'indicatore è calcolato in due fasi. 1. In una prima fase, per ciascuna tipologia di prestazione sentinella, si determina il rapporto tra le prestazioni erogate in regime ALPI e il totale delle prestazioni erogate dall'azienda: se tale valore è inferiore al 50%, viene attribuito un punteggio pari a 1, altrimenti pari a 0. 2. In una seconda fase, l'indicatore è ottenuto come rapporto tra la somma dei punteggi delle singole tipologie di prestazione sentinella e il numero complessivo delle tipologie di prestazioni sentinella che prevedono anche l'erogazione in regime ALPI. Formula di calcolo: 1) Indicatore per singola prestazione sentinella: Prestazioni sentinella erogate in regime ALPI / Totale delle prestazioni sentinella erogate; 2) Indicatore complessivo : sommatoria degli indicatori che rispettano il limite del 50% per singola prestazione sentinella (di cui al punto 1)/Numero complessivo delle tipologie di prestazioni sentinella che prevedono ALPI. Fonte di calcolo: Relazione dell'Ente sul numero totali e in ALPI di prestazioni ambulatoriali e di ricovero - la Regione potrà verificare la validità del dato per la specialistica ambulatoriale attraverso i dati del CUP presenti sul CIRS e per i ricoveri attraverso i flussi SDO	• 100% se l'ente sanitario registra un valore dell'indicatore complessivo pari al 100%; • 90% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 90,00% e il 99,99%; • 75% se l'indicatore complessivo è compreso tra l'80,00% e l'89,99%; • 50% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 70,00% e il 79,99%; • 0% se l'indicatore complessivo è inferiore al 70%.	10%

Criteri valutazione Obiettivi specifici DG AOU RUGGI				
Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
Assicurare la completa, continua e qualitativamente alta alimentazione di tutti i flussi informativi sanitari e sociosanitari che costituiscono debito informativo (NSIS, FSE, regionali, aziendali,etc.), in conformità alle specifiche tecniche, alle scadenze normative e agli standard di qualità dati (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità), con monitoraggio sistematico e responsabilità assegnate alle strutture aziendali coinvolte;	L'indicatore quantifica la capacità dell'Ente di garantire completa, continua e qualitativamente alta alimentazione di tutti i flussi informativi sanitari e sociosanitari che costituiscono debito informativo (NSIS, FSE, regionali, aziendali, etc.), in conformità alle specifiche tecniche, alle scadenze normative e agli standard di qualità dati (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità), con monitoraggio sistematico e responsabilità assegnate alle strutture aziendali coinvolte	I flussi considerati ai fini del calcolo dell'indicatore sono i seguenti: • Emur 118 e PS Mensile • SDO Mensile • CEDAP Semestrale • HSP 11 Annuale • HSP 11 BIS Annuale • HSP 12 Annuale • HSP 14 Annuale • HSP 22 BIS Mensile • HSP 24 Mensile • STS 11 Annuale • STS 14 Annuale • STS 21 Annuale • Distribuzione Diretta e per conto dei medicinali Mensile • Consumi Ospedalieri e ambulatori dei medicinali Mensile • Consumi Dispositivi medici Trimestrale • Contratti Dispositivi medici Trimestrale • Apparecchiature Sanitaria Trimestrale Le tempistiche per il corretto conferimento dei flussi sono riportate nella nota Ministero della Salute prot. 9016 del 07/06/2019. Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è riferito agli interi anni solari. Formula di calcolo: % di flussi trasmessi entro i tempi Fonte di calcolo: Sistema Accoglienza Sinfonia	• 100% qualora l'ente sanitario abbia conferito tutti i flussi nelle tempistiche previste; • 90% qualora l'ente sanitario abbia conferito tra il 90,00% e il 99,99% dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste; • 75% qualora l'ente sanitario abbia conferito tra l'80,00% e l'89,99% dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste; • 50% qualora l'ente sanitario abbia conferito tra il 70,00% e il 79,99% dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste; • 0% qualora l'ente sanitario abbia conferito un valore inferiore al 70% dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste.	10%
Raggiungere gli obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale assegnati alle singole aziende in base ai volumi e alle tipologie previste dal documento tecnico allegato alla Delibera di Giunta Regionale n. 189 del 20 maggio 2026 e s.m.i.;	L'indicatore misura il grado di raggiungimento da parte dell'Ente degli obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo i volumi e le tipologie previsti dal documento tecnico allegato alla Delibera di Giunta Regionale n. 189/2026	L'indicatore è calcolato sulla base del grado di realizzazione del volume di prestazioni ambulatoriali programmate per ciascuna branca specialistica. Per ogni branca viene calcolato il rapporto tra prestazioni erogate (interni e esterni) e prestazioni programmate. L'indicatore complessivo è determinato come media dei valori ottenuti per ciascuna branca specialistica. Formula di calcolo: 1) Indicatore per singola branca specialistica : Prestazioni erogate / Totale delle prestazioni programmate (per ogni branca di cui alla DGRC 189/2026); 2) Indicatore complessivo : media aritmetica degli indicatori di cui al punto 1 Fonte: Monitoraggio trimestrale DGRC 189/2026	• 100% se l'ente sanitario registra un valore dell'indicatore complessivo pari al 100%; • 90% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 90,00% e il 99,99%; • 75% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 75,00% e l'89,99%; • 50% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 50,00% e il 74,99%; • 0% se l'indicatore complessivo è inferiore al 50%.	10%
Assicurare la corretta gestione dei percorsi del Pronto Soccorso finalizzati al ricovero, garantendo la riduzione della percentuale di pazienti destinati al ricovero con permanenza in Pronto Soccorso superiore a 8 ore, computata dalla presa in carico al triage, in coerenza con gli standard nazionali;	L'indicatore misura l'efficienza del percorso dei pazienti in Pronto Soccorso che necessitano di ricovero, valutando la capacità della struttura di ridurre i tempi di permanenza superiori a 8 ore dalla presa in carico al triage fino al trasferimento in reparto, in linea con gli standard nazionali.	In coerenza alle Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, di cui all'Accordo Stato-Regioni n. 143/CSR e al successivo recepimento tramite DGRC n. 37 del 05/02/2025, a cui si rimanda per eventuali approfondimenti e ulteriori dettagli, l'indicatore andrà a considerare solo gli accessi che esitato con un Ricovero e sarà misurato con la seguente formula ((A-B)/B), dove : A: Numero di accessi in PS con tempo di permanenza tra entrata (T0) e dimissione dal PS (T3) maggiore di 8 ore / Numero totale di accessi in PS nell'anno oggetto di valutazione; B: Numero di accessi in PS con tempo di permanenza tra entrata (T0) e dimissione dal PS (T3) maggiore di 8 ore / Numero totale di accessi in PS nell'anno precedente a quello oggetto di valutazione; Per un ulteriore dettaglio sulle definizioni delle tempistiche T0, T3 si rimanda, tra l'altro, alla "TABELLA n. 3 – TRIAGE – tempi da rilevare (data e ora)" di cui all'allegato alla DGRC n. 37/2025 "Indicazioni per l'organizzazione del Triage Intraospedaliero e l'Osservazione Breve Intensiva e per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso". Fonte: Flusso EMUR-PS	• 100% se l'ente sanitario registra un valore dell'indicatore ((A-B)/B) pari o inferiore a -20,00%; • 75% se il valore dell'indicatore ((A-B)/B) è compreso tra -19,99% e il 10,00%; • 50% se il valore dell'indicatore ((A-B)/B) è compreso tra -9,99% e -0,01%; • 0% se il valore dell'indicatore ((A-B)/B) è uguale o superiore allo 0%.	10%

Criteri valutazione Obiettivi specifici DG AOU RUGGI				
Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
Garantire la riduzione della percentuale di pazienti che permangono in unità di Osservazione Breve Intensiva per oltre 44 ore al fine di garantire, nel più breve tempo possibile e con il necessario livello di sicurezza, la dimissione del paziente al domicilio o il ricovero nel reparto più appropriato;	L'indicatore misura la capacità dell'organizzazione di garantire una gestione tempestiva dei pazienti in Osservazione Breve Intensiva (OBI), riducendo i casi di permanenza superiore a 44 ore e favorendo, in condizioni di sicurezza, la dimissione o il ricovero nel reparto più appropriato.	In coerenza alle Linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva - OBI, di cui all'Accordo Stato-Regioni n. 143/CSR e al successivo recepimento tramite DGRC n. 37 del 05/02/2025, a cui si rimanda per eventuali approfondimenti e ulteriori dettagli, l'indicatore sarà misurato con la seguente formula ((A-B)/B), dove : A: Il denominatore è definito dal numero totale di accessi in OBI (Codice Esito Trattamento 10, "Accesso in OBI"). Il numeratore è definito dal numero totale di accessi in OBI (Codice Esito Trattamento 10, "Accesso in OBI") caratterizzati da un intervallo T0-T5 maggiore di 44 ore, calcolato come differenza tra la Data e Ora di Uscita dall'OBI (T5) e la Data e Ora di Entrata in Pronto Soccorso (T0)*100 nell'anno oggetto di valutazione; B: Il denominatore è definito dal numero totale di accessi in OBI (Codice Esito Trattamento 10, "Accesso in OBI"). Il numeratore è definito dal numero totale di accessi in OBI (Codice Esito Trattamento 10, "Accesso in OBI") caratterizzati da un intervallo T0-T5 maggiore di 44 ore, calcolato come differenza tra la Data e Ora di Uscita dall'OBI (T5) e la Data e Ora di Entrata in Pronto Soccorso (T0) * 100 nell'anno precedente a quello oggetto di valutazione. Fonte: Flusso EMUR-P5	• 100% se l'ente sanitario registra un valore dell'indicatore ((A-B)/B) pari o inferiore a -20,00%; • 75% se il valore dell'indicatore ((A-B)/B) è compreso tra -19,99% e il 10,00%; • 50% se il valore dell'indicatore ((A-B)/B) è compreso tra -9,99% e -0,01%; • 0% se il valore dell'indicatore ((A-B)/B) è uguale o superiore allo 0%.	10%
Assicurare la tempestiva e completa gestione dei flussi informativi relativi agli eventi avversi e agli eventi sentinella nei confronti della Direzione Generale per la Tutela della Salute e degli altri organi competenti, mediante la corretta e puntuale alimentazione del SIMES e dei connessi debiti informativi, nonché attraverso l'adozione e il mantenimento di adeguati assetti organizzativi volti a garantire la completezza dell'informazione resa ai pazienti e la formazione continua del personale in materia di sicurezza delle cure;	L'indicatore misura la capacità dell'Azienda di garantire la corretta, completa e tempestiva gestione delle segnalazioni di eventi avversi ed eventi sentinella, attraverso l'adeguata alimentazione dei flussi informativi, il rispetto degli obblighi di comunicazione, la trasparenza verso i pazienti e la promozione della formazione del personale sulla sicurezza delle cure.	L'indicatore è calcolato attraverso i seguenti 2 sotto-indicatori, da intendersi di pari peso percentuale: 1) la corretta e puntuale alimentazione del SIMES e dei connessi debiti informativi (peso pari al 50% dell'obiettivo complessivo) sarà valutata in maniera dicotomica (ON/OFF) attraverso l'analisi della tempestività del conferimento del flusso, inteso come capacità di conferire la "scheda A" entro 5 giorni dal verificarsi dell'evento e la "scheda B" entro 60 gg dal conferimento della scheda A. Si precisa che, in caso di assenza di eventi avversi e/o di eventi sentinella oggetto di segnalazione nel flusso SIMES, il peso del sottoindicatore 1) si considera interamente distribuito al sottoindicatore 2). 2) l'attenzione alla formazione continua del personale in materia di sicurezza delle cure (peso pari al 50% dell'obiettivo complessivo) sarà valutata, in maniera dicotomica (ON/OFF), in funzione dell'inclusione o meno nel Piano Formativo Aziendale del periodo oggetto di valutazione, nonché della successiva erogazione, di eventi formativi ECM in materia di sicurezza delle cure.	• 100% se l'ente sanitario registra un valore dell'indicatore complessivo pari al 100%; • 50% se l'ente sanitario registra un valore dell'indicatore complessivo pari al 50,00%; • 0% se l'ente sanitario registra un valore dell'indicatore complessivo pari allo 0%.	10%
Assicurare la tempestiva, costante, adeguata e completa gestione dei flussi informativi relativi a circostanze rilevanti nello svolgimento delle attività del SSR, nei confronti della Direzione Generale Tutela della Salute, dell'Assessore alla Sanità e del Presidente della Regione, entro e non oltre le 24 ore dal verificarsi dell'evento, mediante comunicazione riservata e con modalità idonee ad assicurarne la tempestiva conoscenza e tracciabilità.	L'indicatore misura la capacità dell'Azienda di garantire una comunicazione tempestiva, completa e tracciabile degli eventi e delle circostanze rilevanti per il Servizio Sanitario Regionale, assicurando la trasmissione delle informazioni agli organi regionali competenti entro 24 ore dal loro verificarsi.	L'indicatore è misurato andando a considerare tutte le comunicazioni indirizzate agli organi regionali competenti mediante modalità che garantiscano la tracciabilità della comunicazione (Note protocollate, PEC, ecc.) entro 24 ore dal loro manifestarsi rispetto al numero totale di eventi/circostanze rilevanti che richiedono la comunicazione agli organi competenti nel periodo di riferimento. Nell'ambito della propria relazione di dettaglio, di cui all'allegato A1, il Direttore Generale dà evidenza e traccia delle comunicazioni trasmesse e degli eventi/circostanze rilevanti che hanno richiesto e/o avrebbero dovuto richiedere una tempestiva e formale comunicazione agli organi competenti nel periodo di riferimento.	• 100% se l'ente sanitario registra un valore dell'indicatore complessivo pari al 100%; • 90% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 80,00% e il 99,99%; • 75% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 65,00% e il 79,99%; • 50% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 50,00% e il 64,99%; • 0% se l'indicatore complessivo è inferiore al 50%.	5%

Criteri valutazione Obiettivi specifici DG AOU RUGGI				
Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
Garantire la piena applicazione delle norme vigenti in tema di sicurezza sul lavoro, con particolare riferimento agli articoli 18, 37 e 46 del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i.;	L'indicatore misura la capacità dell'Azienda di garantire la piena applicazione delle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, assicurando il rispetto degli obblighi previsti dagli articoli 18, 37 e 46 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i., attraverso l'adozione delle misure organizzative, formative, preventive e di gestione delle emergenze previste dalla normativa vigente.	Ai fini del calcolo del raggiungimento dell'obiettivo è necessario che il Direttore Generale produca una relazione dettagliata sulle attività realizzate, nel periodo di riferimento, per garantire la piena applicazione delle norme vigenti in tema di sicurezza sul lavoro, con particolare riferimento agli articoli 18,37 e 46 del D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e ss.mm.ii. In particolare, la Relazione dovrà dare evidenza dei seguenti aspetti, facendo emergere il dettaglio delle azioni realizzate e il valore di ciascun sotto-obiettivo che viene di seguito specificato: 1. Adempimenti normativi (peso 30%) = fornire il dettaglio delle azioni realizzate per adempiere al dettato normativo dell'art. 18 del D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e ss.mm.ii e indicare una auto-valutazione del seguente rapporto: (adempimenti assolti / adempimenti previsti) × 100%. 2. Formazione obbligatoria (peso 20%) = fornire il dettaglio delle azioni realizzate per adempiere al dettato normativo dell'art. 37 del D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e ss.mm.ii e indicare una auto-valutazione del seguente rapporto: (personale formato / personale obbligato) × 100%. 3. Documentazione obbligatoria (peso 20%) = fornire il dettaglio delle azioni realizzate per garantire l'esistenza, manutenzione e puntuale aggiornamento della documentazione obbligatoria prevista dalla normativa (tra cui (DVR, piani emergenza, registro controlli) e indicare una auto-valutazione del seguente rapporto: (documenti presenti e aggiornati / tot. documenti previsti) × 100%. 4. Verifiche/ispezioni (peso 15%) = fornire il dettaglio delle azioni realizzate per garantire il regolare svolgimento di verifiche ed ispezioni volte a incrementare i livelli di sicurezza sul lavoro e indicare una auto-valutazione del seguente rapporto: (strutture con esito regolare / strutture verificate) × 100%. 5. Eventi/infortuni (peso 15%) = fornire il dettaglio delle azioni realizzate per garantire la riduzione di eventi connessi a infortuni sul lavoro e indicare una auto-valutazione del seguente indice di miglioramento: ((numero infortuni nell'anno oggetto di valutazione – numero infortuni nell'anno precedente a quello oggetto di valutazione)/ numero infortuni nell'anno precedente a quello oggetto di valutazione) × 100%. Il punteggio complessivo dell'indicatore sarà dato dalla somma dei punteggi derivanti da ciascun rapporto sopra-indicati, ponderato per il relativo peso. Fonte di calcolo: Relazione dell'Ente.	• 100% se l'ente sanitario registra un valore dell'indicatore complessivo pari al 100%; • 90% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 80,00% e il 99,99%; • 75% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 65,00% e l'79,99%; • 50% se l'indicatore complessivo è compreso tra il 50,00% e il 64,99%; • 0% se l'indicatore complessivo è inferiore al 50%.	5%
Assicurare la corretta gestione della comunicazione istituzionale attraverso i canali ufficiali e il rigoroso rispetto degli obblighi di riservatezza, astenendosi dalla diffusione a soggetti non istituzionalmente legittimati di informazioni di servizio riservate o idonee a pregiudicare l'azione amministrativa o i processi decisionali in corso, fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti dalla legge	L'indicatore misura la capacità dell'Azienda di assicurare una corretta gestione della comunicazione istituzionale attraverso i canali ufficiali, garantendo il rispetto degli obblighi di riservatezza nella gestione delle informazioni di servizio e prevenendo la diffusione a soggetti non istituzionalmente legittimati di informazioni riservate o idonee a pregiudicare l'azione amministrativa o i processi decisionali in corso, nel rispetto degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente.	L'indicatore è calcolato sulla base della relazione del Direttore Generale, nella quale dovranno essere dettagliate le misure organizzative e gestionali adottate nel periodo di riferimento per garantire la corretta gestione della comunicazione istituzionale e il rispetto degli obblighi di riservatezza. La valutazione è effettuata verificando il grado di completezza della relazione con riferimento ai seguenti elementi: - procedure e disposizioni aziendali adottate o aggiornate; - iniziative di informazione e formazione del personale; - misure di controllo e monitoraggio attuate; - eventuali criticità riscontrate e azioni correttive adottate; - attestazione dell'assenza ovvero descrizione di eventuali episodi di diffusione non autorizzata di informazioni e delle conseguenti misure adottate. Fonte di calcolo: Relazione dell'Ente.	• 100% qualora nella relazione del Direttore Generale risultino, su giudizio della Commissione, adeguatamente documentati tutti i 5 elementi previsti; • 75% qualora nella relazione del Direttore Generale risultino, su giudizio della Commissione, adeguatamente documentati 4 dei 5 elementi previsti; • 50% qualora nella relazione del Direttore Generale risultino, su giudizio della Commissione, adeguatamente documentati 3 dei 5 elementi previsti; • 0% qualora nella relazione del Direttore Generale risultino, su giudizio della Commissione, adeguatamente documentati meno di 3 elementi previsti.	5%
N.B.- Si stabilisce, quale clausola di mantenimento, che per gli obiettivi formulati in riduzione o in miglioramento, ove il valore di partenza risulti già conforme allo standard, l'obiettivo si intende conseguito con il mantenimento del valore.				