

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Appropriatezza e Qualità	Report semestrale eventi avversi delle Strutture	N° eventi segnalati al mese	Direzioni Mediche	n. 2 report elaborati entro Talete web	n. 2 report elaborati entro Talete web	n. 2 report elaborati entro Talete web
Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio posti letto definiti dal R.R. n. 14/2020	Monitoraggio mensile	Direzioni Mediche, Statistica ed Epidemiologia	Trasmissione monitoraggio alla Direzione sanitaria aziendale e al Controllo di Gestione	Trasmissione monitoraggio alla Direzione sanitaria aziendale e al Controllo di Gestione	Trasmissione monitoraggio alla Direzione sanitaria aziendale e al Controllo di Gestione
Appropriatezza e Qualità	Questionari di Customer Satisfaction definiti con le strutture ospedaliere territoriali ed amministrative	Predisposizione questionari ospedalieri e territoriali e analisi delle risultanze	Ufficio Relazioni con il Pubblico	≥ 40% delle strutture	≥ 40% delle strutture	≥ 40% delle strutture
Appropriatezza e Qualità	Controlli analitici casuali nelle strutture private accreditate dei ricoveri esitati con DRG non LEA, comprensivo dei ricoveri in Riabilitazione strutture residenziali e semiresidenziali	% Controlli	UVARP	5%	5%	5%
Appropriatezza e Qualità	Controllo delle cartelle cliniche/SDO dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza risultante all'esito dei controlli MAAP trasferibili in altro setting, nonché delle cartelle cliniche /SDO riferite ai parti cesarei come controllo esterno sugli erogatori privati accreditati	% controllo cartelle cliniche su ricoveri a rischio di inappropriatezza; % controllo cartelle cliniche riferite ai parti cesarei	UVARP	1)100% 2) 100%	1)100% 2) 100%	1)100% 2) 100%
Appropriatezza e Qualità	1) Effettuare il controllo delle prestazioni di Day Service erogato da privato accreditato (File C); 2) Eseguire il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (File C) secondo i volumi e le indicazioni definiti nel Piano annuale dei Controlli; 3) Controlli Specialistica Ambulatoriale "File C" dell'I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza" S.Giovanni R.	1) N° SDA controllate/ n° SDA totali; 2) % Controlli previsti dal Piano annuale dei Controlli; 3) N° ricette controllate/ N° ricette totale.	UVARP	1) 15%; 2) 100%; 3) >10% .	1) 15%; 2) 100%; 3) >10% .	1) 15%; 2) 100%; 3) >10% .
Appropriatezza e Qualità	Effettuare il controllo delle prestazioni in regime di Riabilitazione ex 26 , nonché per la riabilitazione intensiva (cod. 28-cod.75- cod. 56) secondo la deliberazione di Giunta regionale n. 2067/2013 nonché in base alla normativa nazionale e regionale vigente in materia	% Controlli	UVARP	10%	10%	10%
Appropriatezza e Qualità	Ricercare e individuare le situazioni di potenziale inappropriatezza particolarmente significative per numerosità di casi e/o valorizzazione economica delle SDO e/o procedura/tecnica adottate che possono richiedere di essere approfondite con ulteriori rilevazioni mirate	Relazione trimestrale con relativi report regionali	UVARP	n° 4 report	n° 4 report	n° 4 report
Appropriatezza e Qualità	Programmare incontri periodici con le Direzioni mediche, i Direttori di distretto , il dirigente Rischio clinico, il dirigente delle Gestione Rapporti convenzionali al fine di condividere gli indirizzi operativi delle attività da porre in essere	Incontri almeno semestrali	UVARP	n° 2 incontri	n° 2 incontri	n° 2 incontri
Appropriatezza e Qualità	Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	Corretta e completa compilazione della check list preoperatoria	Anestesia e Rianimazione	Relazione annuale	Relazione annuale	Relazione annuale
Appropriatezza e Qualità	Ottimizzare i tempi di inizio e di termine delle sedute operatorie	Verifica registri di sala operatoria da parte della Direzione medica	Anestesia e Rianimazione	si/no	si/no	si/no

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Appropriatezza e Qualità	Corretta applicazione della procedura aziendale e della relativa modulistica (Delibera DG n. 1280/2021) per l'attivazione della sala operatoria in emergenza-urgenza e corretto impiego dell'anestesista in caso di simultaneità di interventi	Verifica della da parte dle Direzione medica	Anestesia e Rianimazione	si/no	si/no	si/no
Appropriatezza e Qualità	Eliminare i casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesiológico. Adeguata pianificazione dell'anestesia e attuazione del consenso informato.	Relazione annuale con l'indicazione del numero degli interventi rinviati per pazienti ricoverati e già preparati	Anestesia e Rianimazione	Riduzione rispetto all'anno 2022	Riduzione rispetto all'anno 2023	Azzeramento casi
Appropriatezza e Qualità	Indicazione e prescrizione sulla cartella anestesiológica di terapie per il controllo del dolore post-operatorio	Relazione annuale con l'indicazione del dato	Anestesia e Rianimazione	(N. cartelle conformi/ n. cartelle controllate) = 95%	(N. cartelle conformi/ n. cartelle controllate) = 95%	(N. cartelle conformi/ n. cartelle controllate) = 95%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento della gestione degli eventi avversi	n° 3 audit proattivi/reattivi verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	Anestesia e Rianimazione, SS.CC. Chirurgiche e Mediche Ospedaliere	Verbali audit	Verbali audit	Verbali audit
Appropriatezza e Qualità	Implementazione della rete per le emergenze cardiologiche tra le strutture ospedaliere dell'Azienda attraverso la stesura di protocolli condivisi al fine di migliorare la gestione del rischio clinico dei pazienti affetti da Sindrome Coronarica Acuta	Adozione Protocolli operativi inseriti nella rete cardiologica provinciale	Cardiologia-Utic	Almeno n° 1 protocollo	Almeno n° 1 protocollo	Almeno n° 1 protocollo
Appropriatezza e Qualità	Trattamento Infarto Miocardico Acuto	% trattati con PTCA entro 2 giorni	Cardiologia-UticSan Severo	≥60%	≥60%	≥60%
Appropriatezza e Qualità	Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. assegnati e contribuire all'autosufficienza regionale degli stessi	Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno.	Centro Trasfusionale	4 Report	4 Report	4 Report
Appropriatezza e Qualità	Contribuire al miglioramento della pratica trasfusionale mediante la verifica costante dell'appropriatezza delle richieste di sangue ed emocomponenti da parte delle UU.OO. di degenza.	Valutazione dell'appropriatezza delle richieste-relazione	Centro Trasfusionale	Relazione semestrale con report	Relazione semestrale con report	Relazione semestrale con report
Appropriatezza e Qualità	Mantenimento dell'Accreditamento dei CT	Relazione	Centro Trasfusionale	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)
Appropriatezza e Qualità	Produzione di EMC ad uso non trasfusionale (PRP) e valutazione qualitativa dell'operato svolto dalle case di cura private e convenzionate autorizzate alla produzione e utilizzo di PRP	Relazione dettagliata	Centro Trasfusionale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Attivazione di esami da eseguire come controllo di qualità sulle unità di sangue ed ogni tipo di emocomponente per garantire la qualità della produzione e la sicurezza del paziente	Valutazione dell'appropriatezza e della qualità	Centro Trasfusionale	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)
Appropriatezza e Qualità	Gestione delle Linee guida PBM e corretta applicazione della procedura operativa standard richiesta, assegnazione e consegna emocomponenti	Relazione	Centro Trasfusionale	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)
Appropriatezza e Qualità	Gestione del paziente in terapia TAO	Relazione dettagliata	Centro Trasfusionale P.O. Manfredonia	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Gestione del paziente anemico	Relazione dettagliata	Centro Trasfusionale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Appropriatezza e Qualità	Gestione ambulatorio di supporto trasfusionale per pazienti anemici cronici	Relazione dettagliata	Centro Trasfusionale P.O.Cerignola	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Implementazione attività di day-service	N° SDA	Dipartimento Internistico	+10% rispetto al 2022	+10% rispetto al 2023	+10% rispetto al 2024
Appropriatezza e Qualità	Gestione delle procedure endoscopiche in sedazione cosciente	n° esami in sedazione/n° esami	Endoscopia Digestiva	≥70%	≥80%	≥90%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento della gestione delle procedure endoscopiche	Percentuale di raggiungimento del colon-cioco	Endoscopia Digestiva	≥90%	≥95%	100%
Appropriatezza e Qualità	Valutazione periodica della qualità Centro di Endoscopia digestiva ottenuto mediante l'adenoma Detection rate (ADR)	Report semestrale	Endoscopia Digestiva	n°2 report	n°2 report	n°2 report
Appropriatezza e Qualità	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per pazienti in OBI - Pronto soccorso	Relazione sul tempo di refertazione e consegna referto (min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame)	Laboratori Analisi	entro 2 ore	entro 2 ore	entro 2 ore
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento attività di "filtro".	Riduzione del tasso di ricovero privilegiando altri setting assistenziali più appropriati	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	<20% (laddove non in linea con valori standard)	<20% (laddove non in linea con valori standard)	<20% (laddove non in linea con valori standard)
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento attività di "filtro".	% ricoveri in regime d'urgenza nella SS.CC . di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischi di inappropriatezza	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	2023≤2022	2024≤2023	2025≤2024
Appropriatezza e Qualità	Ridurre i casi di abbandoni spontanei del Pronto Soccorso da parte dei pazienti attraverso il miglioramento dei servizi resi sia per tempistica che per organizzazione. Analisi della casistica e delle azioni da attivare per il suo contenimento	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Miglioramento Performance 2022 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2023 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2024 (laddove non in linea con valori standard)
Appropriatezza e Qualità	Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti	N. accessi suddivisi per codice di accesso	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Report trimestrale	Report trimestrale	Report trimestrale
Appropriatezza e Qualità	Incremento tempestività delle prestazioni	% Accessi in P.S. con codice arancione visitati entro 30 min. (Ind. MES C16.1)	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Miglioramento Performance 2022 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2023 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2024 (laddove non in linea con valori standard)
Appropriatezza e Qualità	Integrazione con il 118 e con i DSS di appartenenza coordinata dal Responsabile del Dip. di Emergenza-Urgenza	N° 2 incontri annui (uno con il 118 e uno con il DSS di riferimento) da verbalizzare .	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Verbalizzati sottoscritti	Verbalizzati sottoscritti	Verbalizzati sottoscritti
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento attività di "filtro".	% Ricoveri Da Pronto Soccorso In Reparti Chirurgici Con Dgr Chirurgico Alla Dimissione (Ind. Mes C16.7)	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza Cerignola e San Severo	> 65%	> 65%	> 65%
Appropriatezza e Qualità	Incremento degli Interventi su fratture del collo del femore operate Entro 2 Giorni dall'Ammissione	% pazienti (età +65) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (Cod. H13C D.M. 12/03/2019)	Ortopedia e traumatologia	≥70%	≥80%	≥90%
Appropriatezza e Qualità	Raggiungimento del target 1000 parti annui.	n. parti annui	Ostetricia e Ginecologia	1000 parti annui	1000 parti annui	1000 parti annui
Appropriatezza e Qualità	Migliorare la qualità dei servizi legati al percorso materno-infantile a livello ospedaliero	Riduzione dei parti con taglio cesareo.	Ostetricia e Ginecologia	≤ 15%	≤ 15%	≤ 15%
Appropriatezza e Qualità	Riduzione dei tempi di refertazione	Ridurre i tempi di refertazione degli esami per i pazienti esterni	Radiodiagnostica Territoriale III livello	≤7 gg.	≤7 gg.	≤7 gg.
Appropriatezza e Qualità	Riduzione tempi di esecuzione, refertazione e consegna degli esami per pazienti interni ed esterni	Relazione sul tempo di refertazione e consegna referto	Radiologie	entro 48 ore paz. Interni entro 10 gg paz. Esterni (da relazione semestrale)	entro 48 ore paz. Interni entro 10 gg paz. Esterni (da relazione semestrale)	entro 48 ore paz. Interni entro 10 gg paz. Esterni (da relazione semestrale)
Appropriatezza e Qualità	Riduzione dei tempi di refertazione	Ridurre i tempi di refertazione degli esami per i pazienti interni ed esterni	Senologia Territoriale	In giornata per pz interni, entro 5 gg per pz esterni;	In giornata per pz interni, entro 5 gg per pz esterni;	In giornata per pz interni, entro 5 gg per pz esterni;
Appropriatezza e Qualità	Gestione follow up Ai sensi del D.Lgs. n.82 del 7 marzo 2005 (Codice dell' Amministrazione Digitale) e successive modifiche, integrazioni e norme collegate, il presente documento	Esecuzione follow-up oncologici	Senologia Territoriale	Entro 10 gg.	Entro 10 gg.	Entro 10 gg.

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Appropriatezza e Qualità	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti provenienti da altre ASL della Regione	N° ricoveri pz fuori ASL/ n° ricoveri	SPDC	2%	2%	2%
Appropriatezza e Qualità	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti minori, accompagnati su indicazione del servizio di Neuropsichiatria infantile per una migliore definizione diagnostica ed un precoce trattamento al fine di ridurre il DUP	N° ricoveri pz minori/ n° ricoveri	SPDC	1%	1%	1%
Appropriatezza e Qualità	Definizione nel corso dell'anno di un correttivo per ogni evento sentinella verificatosi	Esistenza di un protocollo per ogni evento sentinella	SS Rischio Clinico	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella
Appropriatezza e Qualità	Attivazione di almeno n°3 safety workaroud verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	Verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	SS Rischio Clinico	n.3 verbali	n.3 verbali	n.3 verbali
Appropriatezza e Qualità	Promozione della cultura della sicurezza delle cure	Eventi formativi	SS Rischio Clinico	almeno 4 eventi	almeno 4 eventi	almeno 4 eventi
Appropriatezza e Qualità	Costituzione gruppi di lavoro per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali	Verbale incontri	SS Rischio Clinico	n. 4 verbali	n. 4 verbali	n. 4 verbali
Appropriatezza e Qualità	Istituzione di una rete di facilitatori	Delibera	SS Rischio Clinico	Atto deliberativo	Atto deliberativo	Atto deliberativo
Appropriatezza e Qualità	Incontro annuale con Direttori di Unità Operative (PP.OO., Distretti e Dipartimenti) per la mappatura inapproprietezza su sinistri pagati	Verbale incontro	SS Rischio Clinico	N. 1 verbale	N. 2 report	N. 2 report
Appropriatezza e Qualità	Riduzione dei ricoveri in regime di ricovero inappropriato favorendo il giusto setting assistenziale senza compromettere lo stato di salute del paziente	Rapporto tra ricoveri attribuiti ad alto rischi di appropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di appropriatezza in regime ordinario (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	SS.CC Ospedaliere di ricovero	≤ 0,21	≤ 0,21	≤ 0,21
Appropriatezza e Qualità	Lettura documenti inviati tramite sistema Talete web	n°documenti letti/ n° documenti inviati	SS.CC Ospedaliere di ricovero, Dip. Territoriali, Distretti Socio-Sanitari	>60%	>80%	>90%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	Tasso operati/dimessi >70%.	Tasso operati/dimessi >70%.	Tasso operati/dimessi >70%.
Appropriatezza e Qualità	Colicistectomie laparoscopiche	ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni (Cod. H05Z)	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
Appropriatezza e Qualità	Qualità degli interventi in relazione alle sedute operatorie a disposizione	Peso medio DRG chirurgici	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	Mantenimento/Incremento peso medio DRG chirurgico rispetto al 2022	Mantenimento/Incremento peso medio DRG chirurgico rispetto al 2023	Mantenimento/Incremento peso medio DRG chirurgico rispetto al 2024
Appropriatezza e Qualità	Riduzione dei ricoveri inappropriati favorendo il giusto setting assistenziale senza compromettere lo stato di salute del paziente	Percentuale di dimissione con DRG medico / totale dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	≤ 26,65%	≤ 26,00%	≤ 26,00%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Degenza media preoperatotaia	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	1,64 gg	1,64 gg	1,64 gg
Appropriatezza e Qualità	Rispetto del cronoprogramma mensile delle sedute operatorie	Relazione da parte del Direttore del Dipartimento	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento appropriatezza chirurgica per interventi di tipo disostruttivo	Miglioramento della performance relativamente al trattamento delle patologie che richiedono l'utilizzo cronico di dispositivi invasivi nei pazienti affetti da ostruzione delle basse vie urinarie	SS.CC. Urologia	Incremento del 10% rispetto al 2022	Incremento del 10% rispetto al 2023	Incremento del 10% rispetto al 2024
Appropriatezza e Qualità	Collaborazione intra-dipartimentale e con le Direzioni mediche ed amministrative di presidio di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche	Relazione del Direttore di dipartimento	Tutte le strutture di ricovero e servizi ospedalieri	Relazione semestrale del Direttore di Dipartimento	Relazione semestrale del Direttore di Dipartimento	Relazione semestrale del Direttore di Dipartimento
Appropriatezza e Qualità	Ai sensi del D.Lgs. n.82 del 7 marzo 2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) e Monitoraggio attività svolta dai medici convenzionati informato sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo autografo.	Relazione mensile di tutte le strutture convenzionate e non convenzionate, in allegato al documento cartaceo autografo.	Anestesia e Ripresione e Ostetricia e Ginecologia	Relazione mensile	Relazione mensile	Relazione mensile

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Appropriatezza e Qualità	Rendicontazione dell'attività svolta da ciascuna postazione della rete nell'esercizio precedente, raggruppando gli interventi per codice e nel caso, luogo di ricovero del paziente.	Rendicontazione attraverso report	Coordinamento Emergenza-Urgenza	Report trimestrali	Report trimestrali	Report trimestrali
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento qualità e appropriatezza area Emergenza-Urgenza	Intervallo allarme - Target dei mezzi di Soccorso	Coordinamento Emergenza-Urgenza	Miglioramento Performance 2022 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2023 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2024 (laddove non in linea con valori standard)
Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/02 e mantenimento del relativo budget di spesa	Aggiornamento del registro delle strutture presso le quali sono presenti utenti provenienti dal proprio bacino di utenza con annotazione della data in cui si è effettuato il controllo sugli esiti delle cure erogate al paziente. Almeno due controlli annuali per struttura verbalizzati. Mantenimento budget anno 2022 salvo inserimenti disposti dall'autorità giudiziaria	Dipartimento Salute Mentale	1) trasmissione verbali; 2) rispetto budget di spesa	1) trasmissione verbali; 2) rispetto budget di spesa	1) trasmissione verbali; 2) rispetto budget di spesa
Appropriatezza e Qualità	Corretta gestione delle Sale Operatorie	Verifica dei registri di sala operatoria per l'ottimizzazione dei tempi d'inizio e di termine delle sedute operatorie e per l'analisi del corretto equilibrio della tipologia di interventi per una condivisa attività su due sale operatorie da parte di un'anestesista	Direzioni Mediche	si/no	si/no	si/no
Appropriatezza e Qualità	Controllo della qualità delle Cartelle cliniche secondo apposite check list su Talete web	Controllo del 10% di cartelle cliniche dei dimessi di ogni reparto e trasmettere specifica relazione ai primari sulle eccezioni riscontrate con frequenza trimestrale.	Direzioni Mediche	Report trimestrale.	Report trimestrale.	Report trimestrale.
Appropriatezza e Qualità	Garantire l'appropriatezza della cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera diretta) R.O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida e disposizioni regionali.	a) controllo di almeno il 10% dei controlli analitici casuali; b) controllo del 100% dei ricoveri appartenenti ai 108 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza", dando priorità a: DH medici, parti cesarei, ipertensione, diabete, intervento di liberazione tunnel carpale e fratture di femore pazienti con età > 65 anni; c) definire modalità organizzative volte alla riduzione della eventuale inappropriatezza.	Direzioni Mediche	Report trimestrale.	Report trimestrale.	Report trimestrale.
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento della qualità del servizio	Compilazione di un questionario preliminare alla procedura endoscopica	Endoscopia Digestiva	100% delle procedure	100% delle procedure	100% delle procedure
Appropriatezza e Qualità	Attività in Day Hospital	Incremento attività in Day - Hospital	Gastroenterologia	Mantenimento/Incremento rispetto all'anno precedente	Mantenimento/Incremento rispetto all'anno precedente	Mantenimento/Incremento rispetto all'anno precedente
Appropriatezza e Qualità	Attivazione ambulatorio posizionamento accessi vascolari	Attivazione ambulatorio posizionamento accessi vascolari e loro gestione sia a pazienti afferenti alla SSD di Oncologia che delle strutture afferenti al Dipartimento Internistico del P.O. Di San Severo	Oncologia	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Appropriatezza e Qualità	Attivazione ambulatorio per Simultaneous Care	Attivazione ambulatorio per Simultaneous Care a pazienti oncologici finalizzato alla riduzione dei ricoveri in reparti internistici per acuti e cronici	Oncologia	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO
Appropriatezza e Qualità	Assicurare la polisonnografia per pazienti affetti da OSAS e esami di broncoscopia per pazienti ricoverati nei PP.OO.dell'Asl FG e su richiesta dei MMG	n° di esami/n° di richieste	S.C. Malattie Apparato Respiratorio	100%	100%	100%
Appropriatezza e Qualità	Accettazione trasferimenti di pazienti ricoverati nei Presidi della provincia dell'ASL Fg in grave insufficienza respiratoria che necessitano di NIV ad alta assistenza e/o pz tracheostomizzati	N° trasferimenti	S.C. Malattie Apparato Respiratorio	100%	100%	100%
Appropriatezza e Qualità	Aumento dell'offerta di diagnostica senologica	Mantenimento delle prestazioni di senologia clinica	Senologia Territoriale	Mantenimento del 10% rispetto all'anno precedente	Mantenimento del 10% rispetto all'anno precedente	Mantenimento del 10% rispetto all'anno precedente
Appropriatezza e Qualità	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP.	n° questionari somministrati/n° questionari ritirati	SS.CC Ospedaliere di ricovero	≥ 60%	≥ 70%	≥ 80%
Appropriatezza e Qualità	Follow-up ravvicinato di pazienti in predialisi (MRCV stadio K-DOQI)	Incremento dell'attività ambulatoriale per pazienti uremici da avviare al trattamento sostitutivo (emodialitico, peritoneale, trapianto)	SSD Nefrologia e Dialisi	+10% rispetto all'anno 2022	+10% rispetto all'anno 2023	+10% rispetto all'anno 2024
Appropriatezza e Qualità	Prosecuzione attività di ambulatorio dedicato e attivazione Day Service (PAC 71-74) come previsto dalle normative regionali	Consolidamento delle attività relative all'ambulatorio per la malattia renale avanzata (Ambulatorio MAREA) in applicazione del percorso di diagnosi e terapia sull'avvio del trattamento sostitutivo della funzione renale	SSD Nefrologia e Dialisi	+10% rispetto all'anno 2022	+10% rispetto all'anno 2023	+10% rispetto all'anno 2024
Appropriatezza e Qualità	Gestione dei reclami/ segnalazioni ed elogi	Produzione documento semestrale con analisi dei reclami/ segnalazioni classificati per Struttura interessata	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Trasmissione n° 2 documenti alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	Trasmissione n° 2 documenti alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	Trasmissione n° 2 documenti alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione
Appropriatezza e Qualità	Comunicazioni alle strutture competenti dei reclami pervenuti e richiesta di adottare le necessarie misure per superare le criticità riscontrate	Analisi dei riscontri da parte delle strutture e trasmissione degli stessi agli interessati nei tempi previsti dal Regolamento di pubblica tutela	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%	100%	100%
Appropriatezza e Qualità	Formazione operatori ASL addetti alla compilazione della SDO anche ai sensi delle nuove regole contenute nel decreto n. 261/2016.	Almeno n.1 corso per P.O. verbalizzando data, partecipanti e contenuti svolti.	UVARP	n. 1 corso con verbale	n. 1 corso con verbale	n. 1 corso con verbale
Appropriatezza e Qualità	Potenziamento dello screening colon-retto	Incremento degli esami di II livello ≥10% rispetto al 2021	Endoscopia Digestiva, Gastroenterologia	>10% dell'anno precedente	>10% dell'anno precedente	>10% dell'anno precedente
Appropriatezza e Qualità	Attività necroscopiche e corretta adozione delle certificazioni medico legali di cui all'art.8 della L.R. 34/08, supervisione degli obitori e riscontri diagnostici, promozione delle convenzioni tra Comuni e ASL per le funzioni obitoriali	Relazione circa l'attività svolta	SSD Medicina Legale	Relazione	Relazione	Relazione
Appropriatezza e Qualità	Standardizzazione dei processi di gestione delle istanze inerenti la Legge 210-92 attraverso la creazione/aggiornamento di una procedura e la produzione di un report semestrale sull'andamento delle stesse	Tempestiva attivazione dell'istruttoria. Produzione di numero 2 report semestrali. Stesura di una procedura operativa	SSD Medicina Legale	Report semestrali	Report semestrali	Report semestrali

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Appropriatezza e Qualità	Certificazioni Medico - Legali per il riconoscimento di lavoratore affetto da "Patologia Grave" e sottoposto a "Terapie Invalidanti o Salvavita"	Relazione indicante il tempo medio di attesa tra istanza e refertazione: 10 Giorni.	SSD Medicina Legale	10gg	10gg	10gg
Aspetti economici finanziari ed efficienza operativa	Rendiconto degli interventi con elisoccorso: trasporto di pazienti non appartenenti all'ASL suddiviso per ASL competente ai fini della di Mobilità attiva con relativo recupero	1)Rendicontazione del numero di interventi 2) recupero degli importi relativi ad interventi su pazienti non appartenenti all'ASL FG	Coordinamento Emergenza-Urgenza	1)n. 2 report semestrali con l'indicazione degli interventi 2) 100% recuperi	1)n. 2 report semestrali con l'indicazione degli interventi 2) 100% recuperi	1)n. 2 report semestrali con l'indicazione degli interventi 2) 100% recuperi
Aspetti economici finanziari ed efficienza operativa	Monitoraggio spesa verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregional	Controllo e rendicontazione semestrale della spesa, nei limite del budget, verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregionali, evidenziando per ogni struttura numero di utenti, giornate di degenza e retta giornaliera.	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Report semestrali e rispetto del budget assegnato	Report semestrali e rispetto del budget assegnato	Report semestrali e rispetto del budget assegnato
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Debito informativo: riscontro alle richieste provenienti dalla Regione e dalla Corte dei Conti entro i termini previsti.	Numero riscontri effettuati entro la data prevista /numero richieste pervenute	Area Gestione del Patrimonio	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Rilevazione e controllo presenze personale convenzionato- specialisti ambulatoriali	Trasmissione flusso ai Direttori dei Distretti socio- sanitari	Area Gestione del Personale	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Recupero ai MMG e PLS delle somme per prescizioni non appropriate a seguito delle comunicazioni da parte dei Distretti socio-sanitari e della S.C. Farmacia Territoriale	Somme recuperate/ Somme da recuperare	Area Gestione del Personale	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Elaborazione del piano delle cessazioni/pensionamenti programmati	Aggiornamento del piano delle cessazioni entro il 30/09/2023	Area Gestione del Personale	Rispetto della tempistica	Rispetto della tempistica	Rispetto della tempistica
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione del fabbisogno secondo le linee guida regionali e la programmazione sanitaria	Rispetto tetto di spesa per il T.indeterminato e il tempo determinato e rideterminazione del fabbisogno	Area Gestione del Personale	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Riduzione del contenzioso relativo all'Area del Personale :ornire informativa documentata alla Struttura Burocratico-Legale entro i termini fissati dalla struttura stessa nella nota di trasmissione del decreto ingiuntivo e/o citazione, ecc....	N° richieste evase/N° richieste pervenute	Area Gestione del Personale	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale ASL	Monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte delle altre Macrostrutture al fine del rispetto di quanto previsto dai CCNL ed eventuale nota di richiamo al responsabile di Struttura in caso di violazione	Area Gestione del Personale	Verifica 100%	Verifica 100%	Verifica 100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Pagamento delle Competenze Accessorie del personale negli stipendi del secondo mese successivo alla competenza	Pagamento entro i termini	Area Gestione del Personale	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Assegnazione del budget dello straordinario e relativo monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento .	Analisi sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget	Area Gestione del Personale	Trasmissione reportistica trimestrale al CDG e alle Strutture.	Trasmissione reportistica trimestrale al CDG e alle Strutture.	Trasmissione reportistica trimestrale al CDG e alle Strutture.

Ai sensi del D.Lgs. n.82 del 7 marzo 2005 (Codice dell' Amministrazione Digitale) e successive modifiche, integrazioni e norme collegate, il presente documento informatico sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Monitoraggio situazione debitoria i per macrostruttura e assegnazione ai centri liquidatori con richiesta di liquidazione ovvero di relazione tempestiva in merito ad eventuali criticità o discordanze	Attivazione della procedura di sollecito alle strutture che evidenziano un ritardo nell'attività di liquidazione delle fatture da effettuare entro 20 gg. dall'invio della fattura	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Registrazione fatture entro 10 gg lavorativi dal ricevimento	Media (Data registrazione fattura - Data ricevimento)	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	10gg	10gg	10gg
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Adempimenti per il completamento del PAC	Certificazione del Bilancio anno 2022	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	si/no		
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Riduzione del contenzioso da parte delle ditte	Riscontrare i solleciti ed invitare gli uffici liquidatori alla liquidazione o eventuale contestazione. Invio nota entro 5 gg agli uffici liquidatori con documentazione a supporto e monitoraggio della situazione fino a conclusione.	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	100% dei contenziosi	100% dei contenziosi	100% dei contenziosi
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Indicatore di tempestività dei pagamenti: eseguire l'ordine di pagamento entro n. 15 giorni dalla data di ricezione del provvedimento.	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	entro 15 gg	entro 15 gg	entro 15 gg
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Svincolo delle somme vincolate per pignoramento	Somme svincolate/somme vincolate	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Struttura Burocratico Legale	≥20%	≥50%	≥70%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	In accordo con la SSD Gestione Beni Farmaceutici, Ausiliari Sanitari e Gestione delle Emergenze e Catastrofi, trasmissione all' Area Gestione del Patrimonio dell'elenco dei fabbisogni e dei capitolati di gara relativamente alle procedure di affidamento per contratti scaduti da avviare sulla base delle priorità individuate dalla Direzione Strategica	% documentazione inviata	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale con mantenimento o riduzione dei giorni di degenza in struttura	Governo della spesa verso comunità terapeutiche esterne o interne al territorio del CSM, evidenziando per struttura accreditata, il numero di utenti, le giornate di degenza, la retta giornaliera ove definita.	Dipartimeto Salute Mentale	1) N° 2 report semestrali al controllo di gestione; 2) dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative	1) N° 2 report semestrali al controllo di gestione; 2) dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative	1) N° 2 report semestrali al controllo di gestione; 2) dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Avvio procedura MOSS relativo alla gestione dei magazzioni economali	Utilizzo procedura MOSS relativamente agli ordini di materiale economale	Direzione Amm. Presidio	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Recupero ticket (codici bianchi), ed attività correlate	Attività amministrative propedeutiche al recupero ticket per codici bianchi(sollecito di pagamento, costituzione in mora, procedura riscossione Agenzia delle Entrate) nei limiti prescritti dalla vigente normativa nazionale, regionale ed aziendale.	Direzione Amm. Presidio	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Procedure d'acquisto di attrezzature sanitarie di piccolo importo a supporto dell'attività sanitaria	N° procedure	Direzione amm. Presidio	alemno 8 procedure	alemno 8 procedure	alemno 8 procedure
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Recupero crediti (rivalsa ospedaliera ed extraospedaliera)	Recupero somme per azioni di rivalsa digitale e successive modifiche, integrazioni e norme sanitarie per conto Regione Puglia	Direzione Amm. Presidio	Relazione semestrale su attività svolta	Relazione semestrale su attività svolta	Relazione semestrale su attività svolta

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Recupero crediti (mancate disdette, mancato ritiro referti) ed attività correlate	Attività amministrative propedeutiche al recupero crediti ed al relativo incasso delle somme dovute (sollecito di pagamento, costituzione in mora, procedura riscossione Agenzia delle Entrate) nei limiti prescritti dalla vigente normativa nazionale, regionale ed aziendale.	Direzione Amm. Presidio	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Recupero somme ticket per prestazioni specialistiche non effettuate (mancate disdette) ed esenzioni ticket per reddito non conformi alla normativa negli ultimi dieci anni	Attività amministrative propedeutiche al recupero ticket e crediti ed al relativo incasso delle somme dovute (sollecito di pagamento, costituzione in mora, procedura riscossione Agenzia delle Entrate) nei limiti prescritti dalla vigente normativa nazionale, regionale ed aziendale .	Distretti Socio Sanitari	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Recupero somme derivanti da mobilità internazionale	Caricamento su sistema ASPE della totalità delle fatture inerenti la mobilità sanitaria internazionale	Distretti Socio Sanitari	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Concorrere con la Direzione Strategica alla definizione, rimodulazione e negoziazione degli obiettivi per ciascuna struttura complessa e/o CdR	Elaborazione e rielaborazione Obiettivi specifici di attività 2023 e relative schede	Controllo di Gestione	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Predisposizione modelli LA (Livelli di assistenza e CP	Adempimento entro i termini previsti per Legge	Controllo di Gestione	Rispetto della tempistica stabilita dalla regione	Rispetto della tempistica stabilita dalla regione	Rispetto della tempistica stabilita dalla regione
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n.02/2023 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Tutte le strutture aziendali	Spesa sostenuta≤ budget assegnato	Spesa sostenuta≤ budget assegnato	Spesa sostenuta≤ budget assegnato
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Sviluppo ed avvio in esercizio del Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del servizio Sanitario regionale (MOSS)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile ed avvio in esercizio del Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati	Tutte le strutture aziendali	Attestazione da parte del Sia	Attestazione da parte del Sia	Attestazione da parte del Sia
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario	Spesa sostenuta = budget assegnato.	Tutte le strutture aziendali	Consumato≤Budget assegnato	Consumato≤Budget assegnato	Consumato≤Budget assegnato
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Miglioramento dei tempi di pagamento relativo ad acquisto di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e chiusura del processo di liquidazione sul MOSS	Tutte le strutture aziendali	30 gg	25 gg	25 gg
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Verifica ai fini liquidatori delle attività svolte dalle strutture socio sanitarie territoriali (Rif. Linee guida prot. n. 0045314 29/04/2021)	Liquidazione e rendicontazione delle prestazioni erogate dalle strutture contrattualizzate e/o provvisoriamente accreditate facenti capo all'Area (vedi DGR 1006/2020 e DGR 1409/2020) entro i tempi stabiliti dalle norme sulla base delle risultanze delle attività di competenza di DSS, UVARP, Dipartimento Prevenzione;	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	Rendicontazione semestrale al Controllo di gestione	Rendicontazione semestrale al Controllo di gestione	Rendicontazione semestrale al Controllo di gestione

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato, in attuazione e secondo i criteri della normativa vigente per le ASL	Relazione mensile sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica	Area Gestione del Patrimonio	attuazione superiore ad 80%	attuazione superiore ad 90%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Avvio procedure di affidamento per contratti scaduti, sulla base delle priorità individuate dalla Direzione Strategica e sulla base dei fabbisogni e dei capitolati trasmessi dalla S.C. Farmacia territoriale e dalla SSD Emergenze e catastrofi	N° gare avviate/ n° gare individuate dalla Direzione Strategica	Area Gestione del Patrimonio	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Indizione gara	Indizione della procedura aperta per l'affidamento del servizio "Sistemi completi per i laboratori anali dei PP.OO. e dei Distretti"	Area Gestione del Patrimonio	Indizione entro il 30/06 della procedura di affidamento, nel caso in cui non si verificano le condizioni per aderire all'gara espletata dall'ASL BA		
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Indizione gara	Indizione della procedura aperta per l'affidamento della Fornitura di materiale di consumo per fax, stampanti e fotocopiatori di tipo originale a ridotto impatto ambientale	Area Gestione del Patrimonio	Indizione entro il primo trimestre 2023		
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	Rendicontazione annuale	Area Gestione Tecnica	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Gestione del Patrimonio Immobiliare: 1) Regolarizzazione della situazione catastale degli immobili	Definizione di un Piano per la regolarizzazione catastale	Area Gestione Tecnica	Rendicontazione annuale	Rendicontazione annuale	Rendicontazione annuale
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Gestire le procedure relative alla partecipazione dei dipendenti alle iniziative formative autotizzate dall'ASL	N° procedure/ n° richieste	Formazione	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Quadratura tra Contabilità analitica e Contabilità generale	Invio del Bilancio di verifica per centro di Responsabilità in quadratura con il Bilancio dell'esercizio precedente e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e dati attività per il monitoraggio della spesa ed il completamento dei progetti regionali correlati	Controllo di Gestione	Rispetto della tempistica stabilita dalla regione	Rispetto della tempistica stabilita dalla regione	Rispetto della tempistica stabilita dalla regione
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Rispetto degli adempimenti relativi alle Gestioni Liquidatorie (per SBL e US)	Rendiconti trimestrali sulla spesa e sullo stato del contenzioso, inviate alla Regione Puglia e AGRF; costante adeguamento delle nuove procedure concordate con il competente ufficio regionale; report annuale delle delibere adottate dal Commissario Liquidatore con indicazione della spesa	Struttura Burocratico Legale	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale
Assistenza Farmaceutica	Riduzione della spesa protesica mediante verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed applicazione linee guida aziendali	1)Trasmissione report trimestrali alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione; 2) Rispetto della spesa prevista nella delibera n.02/2023 (assegnazione budget)	Distretti Socio Sanitari	1) N° 4 report 2) Budget assegnato=consumato	1) N° 4 report 2) Budget assegnato=consumato	1) N° 4 report 2) Budget assegnato=consumato

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Assistenza Farmaceutica	Controllo delle ricette farmaceutiche SSN al fine di individuare i MMg e i Pls che presentano scostamenti di spesa rispetto alla media regionale sulle molecole di cui alla DGR 1724 del 29/11/2022	Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica convenzionata.	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	100%	100%	100%
Assistenza Farmaceutica	Mobilità Farmaceutica	Recupero della spesa farmaceutica a favore dei pazienti stranieri domiciliati nell'Asl Foggia relativamente all'anno 2022	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	100%	100%	100%
Assistenza Farmaceutica	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	≤164 euro	≤164 euro	≤164 euro
Assistenza Farmaceutica	Incremento del controllo della ricette farmaceutiche ssn, dpc	Relazione semestrale dell'attività svolta	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	10% in più rispetto all'anno precedente	10% in più rispetto all'anno precedente	10% in più rispetto all'anno precedente
Assistenza Farmaceutica	Attività di monitoraggio nei confronti dei medici prescrittori specialisti relativamente all'utilizzo di farmaci vincitori di gare/accordo quadro regionali ed a maggiore impatto di spesa, come da DGR 314/2022, LR 7/2022, Delibera del Commissario Straordinario ASL FG n.572/2022 e Delibera del Direttore Generale OORR n. 311 del 05/08/2022.	Report bimestrali e audit presso gli ospedali	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	n° 6 report e verbali audit	n° 6 report e verbali audit	n° 6 report e verbali audit
Assistenza Farmaceutica	Attività di controllo sull'utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	% delle richieste di rimborso / n° totale dei trattamenti chiusi effettivamente rimborsabili	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	95%	98%	100%
Assistenza Farmaceutica	Incremento attività HUB farmaceutico	Copertura erogazione di farmaci e materiale sanitario ai centri di costo dell'ASL	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	100%	100%	100%
Assistenza Farmaceutica	Coordinamento, in collaborazione tra la Farmacia ospedaliera e le Direzioni mediche, delle attività volte all'incremento della Distribuzione Diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Predisposizione di un protocollo operativo ed Incontri con le UU.OO. per l'analisi sull'andamento della prescrizione e sull'erogazione dei farmaci in distribuzione diretta	Direzioni Mediche e Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Protocollo ed incontri verbalizzati (almeno 1 a trimestre)	incontri verbalizzati (almeno 1 a trimestre)	incontri verbalizzati (almeno 1 a trimestre)
Assistenza Farmaceutica	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva -spesa farmaceutica	Organizzare audit con le SS.CC ospedaliere volte alla comunicazione delle note regionali relative all'appropriatezza prescrittiva	Direzioni Mediche e Servizio Farmaceutico Ospedaliero	n° 1 audit verbalizzato	n° 1 audit verbalizzato	n° 1 audit verbalizzato
Assistenza Farmaceutica	Vigilanza sull'uso appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Valutazione della spesa antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze in accordo con la farmacia	Direzioni Mediche e Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Farmaceutica	Incontri con i MMG e i PLS, a seguito di segnalazione della Farmacia territoriale, per scostamenti dalla spesa rispetto alla media regionale sulle molecole di cui alla DGR 1724 del 29/11/2022	Incontri verbalizzati	Distretti socio-sanitari	N. 4 Incontri verbalizzati	N. 4 Incontri verbalizzati	N. 4 Incontri verbalizzati
Assistenza Farmaceutica	Trasmissione in collaborazione con la SC Farmacia territoriale delle verifiche di appropriatezza prescrittiva farmaceutica,,alla Direzione Strategica e all'Ufficio Convenzioni al fine del recupero delle somme per prescrizioni non appropriate	N° di comunicazioni ufficio convenzioni/ n° comunicazione Farmacia territoriale	Distretti socio-sanitari, Farmacia Territoriale	100%	100%	100%
Assistenza Farmaceutica	Erogazione farmaci e materiale sanitario, ai Centri di costo dell'Asl, erogazione DPI e vaccini anti Covid 19 sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.	Digitale n° esecuzioni, integrazioni e novità sanitarie, presente documento	Gestione beni farmaceutici, e gestione emergenze e catastrofi	100%	100%	100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Assistenza Farmaceutica	Attivazione produzione galenica	N° preparazioni/n° richieste	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	100%	100%	100%
Assistenza Farmaceutica	Attivazione punti di distribuzione territoriali per l'erogazione domiciliare di farmaci e materiali sanitari.	Copertura delle forniture ai pazienti nel comune di residenza.	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	80%	90%	100%
Assistenza Farmaceutica	HUB per la distribuzione ed erogazione farmaci anti-covid sul territorio ASLFG	N° erogazione/N° prescrizioni	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	100%	100%	100%
Assistenza Farmaceutica	Unificazione procedure amministrative per acquisti diretti (Consumi Interni e Distribuzione Diretta), quali Conti Economici, Programmi di Spesa, Ordini e liquidazione fatture.	N° ordini ricevuti/n° liquidazioni	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	100%	100%	100%
Assistenza Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva	Controllo delle somministrazioni sul portale Edotto dei farmaci di fascia H, albumina, epoietine, antipsicotici long acting ,farmaci ad alto costo	Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Farmaceutica	Riduzione della spesa farmaceutica	Organizzazione, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, di incontri con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari	Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Incontri trimestrali verbalizzati	Incontri trimestrali verbalizzati	Incontri trimestrali verbalizzati
Assistenza Farmaceutica	Ispezioni nei reparti	Effettuare almeno 1 ispezione per reparto	Servizio Farmaceutico Ospedaliero	n. 1 ispezione per reparto	n. 1 ispezione per reparto	n. 1 ispezione per reparto
Assistenza Farmaceutica	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravanti da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macroidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri (DGR 2437/2020)	SS.CC Ospedalieri di ricovero	Riduzione dei 20% rispetto al 2019	Riduzione dei 20% rispetto al 2023	Riduzione dei 20% rispetto al 2024
Assistenza Farmaceutica	Incremento della Distribuzione Diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico	SS.CC. Cardiologia, Medicina generale, Ortopedia, Ostetricia e ginecologia, Pediatria e Urologia	> 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	> 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	> 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.
Assistenza Farmaceutica	Riduzione della spesa relativa ai dispositivi medici	Trasmissione, al servizio farmaceutico ospedaliero, dell' elenco dei dispositivi medici da utilizzarsi nell'anno al fine di porre in essere le procedure di acquisto	SS.CC. Cardiologia, Ortopedia, Ostetricia e ginecologia e Urologia	Trasmissione entro il 28/02/2023	Trasmissione entro il 28/02/2024	Trasmissione entro il 28/02/2025
Assistenza Farmaceutica	Riduzione della spesa farmaceutica	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.	Tutte le strutture ospedaliere, Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Pazienti Naive 95% Trattamenti in corso 60%	Pazienti Naive 95% Trattamenti in corso 60%	Pazienti Naive 95% Trattamenti in corso 60%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento assistenza	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	Dipartimento Salute Mentale	>= 10,82	>= 10,82	>= 10,82
Assistenza Sanitaria Territoriale	Riduzione del numero dei ricoveri ripetuti (revolving door) rispetto all'anno precedente.	N° ricoveri "revolving door"/ numero ricoveri	Dipartimento Salute Mentale	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente
Assistenza Sanitaria Territoriale	Implementazione dell'attività di presa in carico della gravidanza fisiologica nell'ambito del Percorso nascita	% di donne prese in carico con modello percorso nascita	Distretti socio-sanitari	50%	60%	80%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Assistenza Sanitaria Territoriale	Attuazione a quanto previsto dalla vigente normativa regionale -L.R. n 9/2017-R.R.n.4/2019-R.R. n.5/2019	Dare attuazione a quanto previsto dalla vigente normativa regionale -L.R. n 9/2017-R.R.n.4/2019-R.R. n.5/2019 - e predisporre la modulistica specifica da utilizzare da parte dei distretti socio-sanitari dell'Asl FG e da parte dei soggetti pubblici/ privati titolari e gestori delle strutture socio-sanitarie operanti in regime contrattuale con l'ASL FG	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Assistenza Sanitaria Territoriale	Progetto specifico per la dipendenza patologica da gioco d'azzardo	Prosecuzione delle azioni del progetto in collegamento con la cabina di regia regionale	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Utilizzo somme stanziati ≥80%	Utilizzo somme stanziati ≥90%	Utilizzo somme stanziati =100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Report sulla popolazione utente 2023: tipologia assistiti, nuova utenza, n. invii in CT	Report	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	n° 1 report	n° 1 report	n° 1 report
Assistenza Sanitaria Territoriale	Protocollo d'intesa con DSM per definizione criteri e modalità d'invio in comunità terapeutica ovvero struttura riabilitativa psichiatrica per utenza carcere in doppia diagnosi, anche ai fini della retta secondo le norme regionali vigenti	Formulazione Protocollo	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	si/no	si/no	si/no
Assistenza Sanitaria Territoriale	Report popolazione carceraria con diagnosi di dipendenza patologica o doppia diagnosi con monitoraggio dell'appropriatezza assistenziale specialistica presso le sedi Carcere Foggia- Lucera - San Severo	Monitoraggio mensile popolazione carceraria con diagnosi di dipendenza patologica o doppia diagnosi	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Trasmissione report trimestrale con relazione audit operatori SERD intramurari	Trasmissione report trimestrale con relazione audit operatori SERD intramurari	Trasmissione report trimestrale con relazione audit operatori SERD intramurari
Assistenza Sanitaria Territoriale	Collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute Mentale, SPDC, Coordinamento emergenza -urgenza, Medicina e chirurgia d'urgenza	Approvazione ed attuazione di un protocollo unico	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute Mentale, SPDC, Coordinamento emergenza -urgenza, Medicina e chirurgia d'urgenza	Applicazione protocollo al 90% dei casi	100%	100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Garantire un numero di prestazioni ambulatoriali nei diversi Centri di Riabilitazione dell'intero territorio Aziendale coerente con il personale in servizio e con gli standard lavorativi.	n° ore lavorate =n° prestazioni erogate (modello RIA 11 NSIS)	Dipartimento di Riabilitazione	n° ore lavorate =n° prestazioni	n° ore lavorate =n° prestazioni	n° ore lavorate =n° prestazioni
Assistenza Sanitaria Territoriale	Valutazione inizio/prosecuzione trattamenti riabilitativi proposti da MMG e specialisti	N° valutazioni/n° richieste entro 10 gg	Dipartimento di Riabilitazione	100%	100%	100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Applicazione della DGR n. 02/2023 in riferimento all'acquisto di prestazioni da Presidi di Riabilitazione extra regionale	Riduzione della spesa extra regionale di Riabilitazione relativamente a soggetti residenti almeno nella misura prevista nel Bilancio preventivo 2023	Dipartimento di Riabilitazione	Spesa 2023= Budget 2023	Spesa 2024= Budget 2024	Spesa 2025= Budget 2025
Assistenza Sanitaria Territoriale	Attivazione servizio di attività riabilitativa per soggetti adulti presso il servizio di riabilitazione sede Foggia	N° prestazioni	Dipartimento di Riabilitazione	N° 2000 prestazioni	N° 2000 prestazioni	N° 2000 prestazioni
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento Erogazione Assistenza Domiciliare Integrata	Anziani assistiti in ADI (%)	Distretti socio-sanitari	10%/o soddisfazione di tutte le richieste pervenute	10%/o soddisfazione di tutte le richieste pervenute	10%/o soddisfazione di tutte le richieste pervenute
Assistenza Sanitaria Territoriale	Validazione, amministrativa e sanitaria, delle prestazioni erogate dalle strutture socio-sanitarie ricadenti nel proprio ambito territoriale	Trasmissione puntuale all'Area Coordinamento socio-sanitario delle notulazioni analitiche mensili prodotte dalle strutture corredate del visto di regolarità	Distretti socio-sanitari	Realzioni mensili	Realzioni mensili	Realzioni mensili

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Assistenza Sanitaria Territoriale	Attuazione del nuovo protocollo per la dimissione/amissione protetta ospedaliera condivisa con le due Aziende Ospedaliere (Policlinico di Foggia e IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza) propedeutico al funzionamento delle C.O.T. prevista dal D.M. 77/2022 e successiva DGR 1868/2022	Relazione con indicazione del numero di dimissioni protette	Distretti socio-sanitari/Strutture di ricovero	si/no	si/no	si/no
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento della rete per la presa in carico dei minori affetti da Disturbo di Spettro (ex R.R. 9/16)	1) Mantenimento del numero di pazienti affetti da DSA in trattamento riabilitativo rispetto al 2022 2) Mantenimento delle prestazioni erogate tramite il CAT	Neuropsichiatria infantile	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale e domiciliare anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012	Mantenimento dei livelli assistenziali	Neuropsichiatria infantile	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Sanitaria Territoriale	Predisposizione ed attuazione dei un protocollo, in collaborazione con i CSM, SPDC e i Distretti di San Severo, Lucera e Foggia , per la gestione diretta delle prestazioni inerenti alla salute mentale dei detenuti presso le case circondariali e le strutture riabilitative del DSM presenti sul territorio di competenza dell'ASL Fg	Formulazione Protocollo	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	si/no		
Assistenza Sanitaria Territoriale	Predisposizione ed attuazione dei un protocollo, in collaborazione con i CSM, SPDC e, per la gestione diretta delle prestazioni inerenti alla salute mentale dei pazienti psichiatrici autori di reato presso i DSM e le Strutture deputate al loro trattamento (REMS, CRAP, Centri Diurni)	Formulazione Protocollo	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	si/no		
Assistenza Sanitaria Territoriale	Protocollo d'intesa con il Dipartimento di Dipendenze Patologiche per definizione criteri e modalità d'invio in comunità terapeutica ovvero struttura riabilitativa psichiatrica per utenza carcere in doppia diagnosi, anche ai fini della retta secondo le norme regionali vigenti	Formulazione Protocollo	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	si/no		
Assistenza Sanitaria Territoriale	Monitoraggio con l'ausilio di scale standardizzate dei pazienti a rischio suicidio presso le Case circondariali della provincia di Foggia	n° pazienti monitorati/n° totale pazienti	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	80%	90%	100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Presa in carico dei pazienti autori di reati anche precedentemente inseriti in Rems e condivisione dei progetti con il CSM , al fine di reintegrare i pazienti nel territorio al termine delle misure di sicurezza	1) n° pazienti presi in carico/ n° pazienti inseriti in REMS; 2)Elaborazione ed attuazione dei PTRI (Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati)	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	100%	100%	100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Esecuzione Regolamento Regionale di cui alla DGR n. 1968/2022 contenente il regolamento di organizzazione e funzionamento del Registro Tumori delle Regione Puglia	Attuazione regolamento	Statistica ed Epidemiologia	100%	100%	100%
Assistenza Territoriale	Collaborare alla stesura del nuovo protocollo per la dimissione/amissione protetta ospedaliera condivisa con le due Aziende Ospedaliere (Policlinico di Foggia e IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza) propedeutico al funzionamento delle C.O.T. prevista dal D.M. 77/2022 e successiva DGR 1868/2022	Modello organizzativo	Coordinamento delle Professioni Sanitarie	n. 1 modello		
<p>Ai sensi del D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) e successive modifiche, integrazioni e norme collegate, il presente documento è sottoscritto con firma digitale qualificata e sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.</p>						

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Assistenza Territoriale	Attivazione infermieristica di Famiglia in tutti i Distretti socio-sanitari per attività di promozione della salute, presa in carico di persone affette da patologie croniche in ambito ambulatoriale e domiciliare, anche con l'ausilio di dispositivi di telemedicina ai sensi del D.M. 77/2022 e successiva DGR 1868/2022	Relazione	Coordinamento delle Professioni Sanitarie	si/no		
Assistenza Territoriale	Contribuire all'elaborazione di protocolli e linee guida per il miglioramento della qualità assistenziale	Almeno n.1 protocollo / linea guida	Coordinamento delle Professioni Sanitarie	n.1 protocollo		
Efficienza Operativa	Monitorare il fabbisogno dei posti letto per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, verificando l'omogeneità dei livelli di assistenza garantiti, anche sotto il profilo dei costi sostenuti i relazione al Fondo di remunerazione regionale per l'acquisto di prestazioni da RSA e Centri Diurni per soggetti non autosufficienti e disabili	Rispetto standard regionali per le strutture accreditate o in corso di accreditamento	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	100%	100%	100%
Efficienza Operativa	Integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio- assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, Onlus, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed associazioni di promozione sociale operanti sul territorio	Perseguire, sul piano istituzionale, gestionale e professionale, l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio- assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, Onlus, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed associazioni di promozione sociale operanti sul territorio, ovvero gestiti direttamente dalla ASL FG su delega degli Enti Locali	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	100%-Trasmissione documentazione semestrale al Controllo di gestione	100%-Trasmissione documentazione semestrale al Controllo di gestione	100%-Trasmissione documentazione semestrale al Controllo di gestione
Efficienza Operativa	Implementare il sistema di monitoraggio delle attività dei DSS per le singole tipologie di prestazione (residenziale e semiresidenziale anziani e disabili)	Monitoraggio sulle attività	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	100%	100%	100%
Efficienza Operativa	Accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati	Predisposizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema- tipo di contratto regionale	Area coordinamento dei Servizi Socio Sanitario- Dipartimento di salute mentale- Dipartimento dipendenze patologiche- Dipartimento di riabilitazione	100%	100%	100%
Efficienza Operativa	Contribuire, con la Direzione Strategica , alla determinazione ,sulla scorta degli standard nazionali e regionali, del Fabbisogno di personale delle Professioni Sanitarie	n° 1 Piano del Fabbisogno di personale delle Professioni sanitarie	Coordinamento delle Professioni Sanitarie	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Efficienza Operativa	Collaborare al modello organizzativo previsto dal D.M. 77/2022 e successiva DGR 1868/2022 in materia di rete Cure Palliative	Modello organizzativo	Coordinamento delle Professioni Sanitarie	n. 1 modello		
Efficienza Operativa	Mobilità interna del personale	Gestire la mobilità interna del personale , intervenendo con provvedimenti ordinari e /o urgenti, qualora fossero necessari spostamenti di personale interdipartimentali, interospedalieri ed interdistrettuali	Coordinamento delle Professioni Sanitarie	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Efficienza Operativa	Collaborare nell'identificazione dei criteri professionali per il conferimento e la graduazione degli incarichi di funzione per l'area di competenza, ivi compresa la definizione del sistema di valutazione degli incarichi conferiti	Relazione	Coordinamento delle Professioni Sanitarie	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Efficienza operativa	Potenziamento personale delle Aree/Dipartimenti territoriali	Potenziamento personale delle Aree/Dipartimenti territoriali (Dip. Salute mantae, Dip. Dipendenze patologiche, dipartimento di riabilitazione , coordinamento socio- sanitario) al fine di migliorare la performance in tema di accordi contrattuali e monitoraggio della spesa	Area Gestione del Personale	Almeno 1 collaboratore amministrativo per Area Coordinamneto socio-sanitario/ Dipartimento aggiuntivo rispetto al 2022		
Efficienza operativa	Gestire i rapporti con Università, Istituti scolastici, Regione per l'espletamento dei tirocini attraverso la stipula di convenzioni e disciplinari attuativi	n° richieste convenzioni/ n° convenzioni stipulate	Formazione	100%	100%	100%
Efficienza operativa	Far pervenire al termine di ogni attività formativa finanziata, una relazione completa sui lavori svolti ed una dettagliata rendicontazione delle spese sostenute all'ARESS	Inventario delle attività formative finanziate e rendicontazione delle spese sostenute	Formazione	SI/No	SI/No	SI/No
Efficienza Operativa	Miglioramento del sistema di conservazione documentale	Mappatura degli archivi aziendali esistenti e verifica degli stessi finalizzata al miglioramento del sistema di conservazione documentale nelle more della apposita gara	Programmazione Aziendale	Report annuali	Report annuali	Report annuali
Efficienza Operativa	Miglioramento del sistema di protocollazione aziendale	Miglioramento del sistema di protocollazione aziendale e supporto al personale addetto al Protocollo di tutta la Azienda sulla corretta compilazione dei campi del programma informatico utile ad una agevole ricerca di archivio della corrispondenza	Programmazione Aziendale	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Efficienza Operativa	Massimizzare l'utilizzo delle attrezzature radiologiche	Incremento delle prestazioni di TC e RM	Radiodiagnostica Territoriale III livello	>20% rispetto all'anno precedente	>20% rispetto all'anno precedente	>20% rispetto all'anno precedente
Efficienza Operativa	Attivazione Dialisi di Rodi, Manfredonia e Vieste e attivazione del nuovo laboratorio analisi di Cerignola	Attivazione	Sistemi Informativi Aziendali	si/no	si/no	si/no
Efficienza Operativa	Adesione alla Convenzione Consip CT8	Relazione	Sistemi Informativi Aziendali	(Si/No)	(Si/No)	(Si/No)
Efficienza Operativa	Contenzioso in tema di responsabilità civile: partecipazione CTU, ATP e relazioni Medico Legali	N° di richieste evase/N° di CTP richieste	SSD Medicina Legale	100%	100%	100%
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 CTI, ATP e relazioni Medico Legali	N° di richieste evase/N° di CTP richieste	SSD Medicina Legale	100%	100%	100%
Efficienza Operativa	Adozione ed Attuazione regolamento COVASI	Adozione regolamento	SSD Medicina Legale, Struttura Burocratico legale, Rischio Clinico	SI/NO		
Efficienza Operativa	Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica (Regioni Ombre) dell' Amministrazione Provinciale e successive modifiche, integrazioni e norme collegate, il presente documento informatico sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.	Implementazione data base RT Provincia Dirogia e SRR	Statistica ed Epidemiologia	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Efficienza Operativa	Analisi demografica e dello stato di salute della popolazione dell'ASL Foggia.	Aggiornamento annuale.	Statistica ed Epidemiologia	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili
Efficienza Operativa	Analisi epidemiologica delle cause di ospedalizzazione nella popolazione dell'ASL FG	Aggiornamento annuale.	Statistica ed Epidemiologia	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili
Efficienza Operativa	Analisi di attività delle Strutture di ricovero dei PO dell'ASL Foggia, dell'IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza e delle Case di Cura private accreditate.	Predisposizione report semestrale da inviare al Controllo di Gestione	Statistica ed Epidemiologia	Report semestrale	Report semestrale	Report semestrale
Efficienza Operativa	Implementazione dei data base aziendali, regionali, nazionali	Organizzazione operativa con le Direzioni dei Distretti, con le Direzioni Mediche dei P.O., con le Direzioni dei Dipartimenti e delle Aree Aziendali al fine di ottimizzare la raccolta dei dati necessari all'implementazione dei data base aziendali, regionali, nazionali	Statistica ed Epidemiologia	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte
Efficienza Operativa	Trasmissione alla SS Rischio clinico dei sinistri relativi al rischio sanitario con precisa indicazione aperti/liquidati e risarcimenti erogati	Report Trimestrali	Struttura Burocratico Legale	n° 4 report	n° 4 report	n° 4 report
Efficienza Operativa	Deflazionamento del contenzioso	Uniformità di difese, ove possibile, per contenziosi aventi lo stesso titolo del giudizio anche attraverso accordi transattivi coinvolgendo i centri liquidatori	Struttura Burocratico Legale	Relazione con indicazione n° cause transatte e n° di cause con uniformità di difesa	Relazione con indicazione n° cause transatte e n° di cause con uniformità di difesa	Relazione con indicazione n° cause transatte e n° di cause con uniformità di difesa
Efficienza Operativa	Resistenza in giudizio solo nei casi in cui pervenga dalla Struttura Aziendale interessata del contenzioso adeguata relazione informativa documentata a supporto delle tesi aziendali	Relazione semestrale sul numero di giudizi in cui l'Azienda si è costituita rispetto al numero dei contenziosi pervenuti	Struttura Burocratico Legale	100%	100%	100%
Efficienza Operativa	Regolamento per la disciplina del patrocinio legale dei dipendenti della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia	Aggiornamento e Integrazione della Delibera n. 1359 /2020	Struttura Burocratico Legale	Relazione con indicazione del numero rimborsi effettuati	Relazione con indicazione del numero rimborsi effettuati	Relazione con indicazione del numero rimborsi effettuati
Efficienza Operativa	Rimborso parrucche di cui alla domanda di ammissione al contributo per il rimborso della spesa per l'acquisto di parrucca (l.r. n. 8/2017)	N° domande pervenute su N° rimborsi effettuati	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Efficienza Operativa	Realizzazione progetto regionale "Hospitality" per la parte di competenza	Relazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%	100%	100%
Efficienza Operativa	Aggiornamento Carta dei servizi in attuazione delle Linee guida regionali in materia: a) N° campagne realizzate per il vasto pubblico b) N° di campagne realizzate per un pubblico target	Predisposizione di adeguati strumenti di comunicazione interna e/o esterna sull'organizzazione dei Servizi Aziendali, sulle prestazioni offerte e sulle modalità di accesso, promuove campagne di informazione sulle prestazioni ed attività aziendali, sulle iniziative e sui progetti di intervento, aggiorna, digitalizza e divulga le Carte dei servizi, le Guide all'uso dei servizi e relativa digitalizzazione.	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Efficienza Operativa	Redazione del Piano di Comunicazione istituzionale e sua diffusione interna	Aggiornamento annuale	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione	Relazione	Relazione
Efficienza Operativa	Nuovo sistema informativo	Partecipazione alle attività di implementazione ed avviamento del nuovo sistema informativo e suo utilizzo	Dipartimento di Prevenzione	Relazione	Relazione	Relazione

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Efficienza Operativa	Informatizzazione del fascicolo personale dei dipendenti	Istituzione del fascicolo personale informatizzato completo per il personale assunto dall'01/01/2021	Area Gestione del Personale	100%	100%	100%
Efficienza Operativa	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	% copertura repertorio DM	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	70%	70%	70%
Efficienza Operativa	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica degli esiti degli esami i di laboratorio alle varie UU.OO.).	esiti trasmessi/richieste esami	Laboratori Analisi	≥ 90%	≥ 95%	100%
Efficienza Operativa	Implementazione delle tac	Incremento prestazione rispetto all' 2022 in rapporto al n° di radiologi	Radiologie	10%	10%	10%
Efficienza Operativa	Implementazione delle rmn	Incremento prestazione rispetto all' 2022 in rapporto al n° di radiologi	Radiologie	10%	10%	10%
Efficienza Organizzativa	Stesura del contratto integrativo aziendale della Dirigenza Funzioni Locali	Trasmissione alle OO.SS per la discussione in delegazione trattante entro il 30/06	Area Gestione del Personale	Rispetto della tempistica		
Efficienza Organizzativa	Monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali.	Predisposizione piano ferie nel rispetto dei vincoli contrattuali	Tutte le strutture aziendali	Trasmissione report semestrale all' Area del Personale e al Controllo di Gestione	Trasmissione report semestrale all' Area del Personale e al Controllo di Gestione	Trasmissione report semestrale all' Area del Personale e al Controllo di Gestione
Efficienza Organizzativa	Performance D.Lg.vo 150/2009	Predisposizione del Sistema di misurazione e valutazione delle performance (SVMP)	Area Gestione del Personale	si/no		
Efficienza Organizzativa	Performance D.Lg.vo 150/2009	Predisposizione Relazione sulla performace nel rispetto del D.Leg.vo 150/2009	Controllo di Gestione	entro il 30/06	entro il 30/06	entro il 30/06
Efficienza Organizzativa	Performance D.Lg.vo 150/2009	Valutazione del grado di raggiungimento della Performance Organizzativa e trasmissione atti all'Organismo Indipendente di Valutazione	Controllo di Gestione	(Si/No)	(Si/No)	(Si/No)
Efficienza Organizzativa	Aumento delle cause affidate a legali interni e riduzione delle cause affidate ai legali esterni	Numero cause affidate all'esterno / Numero cause totali	Struttura Burocratico Legale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Efficienza Organizzativa	Predisposizione e alimentazione di un data base al fine di monitorare l'attività formativa di ciascun dipendente a tempo indeterminato , indicando l'elenco dei corsi effettuati/autorizzati (interni ed esterni)	N° Dipendenti inseriti con l'indicazione dei corsi/n° dipendenti a t.i	Formazione	30% Trasmissione file alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	30% Trasmissione file alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	30% Trasmissione file alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione
Formazione	Formazione BLSD in accordo con la struttura Formazione	Organizzazione di corsi di formazione per il personale ASL FG	Coordinamento Emergenza-Urgenza	≥ 5 corsi	≥ 5 corsi	≥ 5 corsi
Formazione	Fabbisogno formativo	Rilevazione bisogni formativi e predisposizione piano formativo medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ex DGR 565/04 e DGR 566/04	Formazione	predisposizione atto entro il 30 settembre di ogni anno per l'anno successivo	predisposizione atto entro il 30 settembre di ogni anno per l'anno successivo	predisposizione atto entro il 30 settembre di ogni anno per l'anno successivo
Formazione	Fabbisogno formativo	Rilevazione per Macrostruttura dei fabbisogni formativi e predisposizione dell'analisi annuale dei bisogni formativi dell'Azienda (PAF annuale)	Formazione	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo
Formazione	Predisposizione del programma formativo aziendale secondo la programmazione del PNRR	Relazione	Formazione	Relazione		
Formazione del D.Lgs. n. 205/2017	Formazione personale di base dell' Amministrazione Digitale sottoscritto con firma digitale qualificata	Formazione personale di base dell' Amministrazione Digitale sottoscritto con firma digitale qualificata	SSD Medicina legale	n.4 corsi di formazione	n.4 corsi di formazione	n.4 corsi di formazione

La formazione personalizzata di base dell' Amministrazione Digitale sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Formazione	Incremento formazione	Predisposizione ed attivazione frontale e/oa distanza in materia della corruzione, prevenzione e trasparenza per il personale dipendente sulla base delle indicazioni del RPCT	Formazione	N. 1 corso	N. 1 corso	N. 1 corso
Formazione	Gestione amministrativa dei corsi di formazione specifica di Medicina Generale ex DGR 1641/18 e s.m.i.	Attivazione corsi	Formazione	Relazione	Relazione	Relazione
Formazione	Soddisfaccimento delle richieste tirocini OSS gratuiti in Azienda	100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa	Formazione	100%	100%	100%
Formazione	Soddisfaccimento delle richieste tirocini gratuiti in Azienda ex art.18 L. 196/97	100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa	Formazione	100%	100%	100%
Investimenti Strutturali	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	% spesa rendicontata , nelle scadenze prefissate/ totale previsioni di spesa	Area GestioneTecnica	≥95%	≥95%	≥95%
Investimenti Strutturali	Sezione Risorse Strumentali e Tecnologie Sanitarie	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	Area GestioneTecnica	100%	100%	100%
Investimenti Strutturali	Supporto ai Rup nelle procedure di gara del PNRR	n° richieste esaudite/ n° richieste ricevute	Area Gestione del Patrimonio	100%	100%	100%
Investimenti Strutturali	Rispetto delle milestone previste per il PNRR	N° milestone rispettati / n° totale milestone	Area Gestione Tecnica- Sistemi Informativi Aziendali	100%	100%	100%
Legalità e Trasparenza	Predisposizione di una relazione annuale sugli eventi avversi e sulle cause che lo hanno prodotto, sulle conseguenti iniziative poste in essere (L. n. 24/2017 art.2 comma 5)	Pubblicazione Relazione su Amministrazione Trasparenza	SS Rischio Clinico	Relazione	Relazione	Relazione
Legalità e Trasparenza	Iniziative in tema di contrasto alla corruzione e illegalità in osservanza degli obblighi previsti nella sezione 2.3 del PIAO ASL FG: registrazione sulla cartella clinica del processo decisionale che porta all'individuazione della Comunità terapeutica sottoscritto e firmato da almeno tre componenti dell'equipe	n°nuovi invii/n° pareri tecnici sottoscritti	Dipartimento Dipendenze Patologiche	100%	100%	100%
Legalità e Trasparenza	Implementazione del "Sistema Privacy e Data Protection" dell'ASL FG coerentemente con la nuova normativa in materia; Predisposizione di un Piano Formativo aziendale sui temi Privacy	Programmazione dell'attività di verifica sull'attuazione della regolamentazione interna di adeguamento alla nuova normativa sul trattamento dei dati personali, attraverso attività di audit; Attuazione delle giornate di formazione, destinate al personale aziendale, per l'affermazione della cultura Privacy,	Programmazione Aziendale	Relazione annuale	Relazione annuale	Relazione annuale
Legalità e Trasparenza	Attuazione della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali	Audit interni in materia di privacy (Reg. UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003)	Tutte le strutture aziendali	n.1 audit	n.1 audit	n.1 audit
Legalità e Trasparenza	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione semestrale (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	Rendicontazione semestrale (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	Rendicontazione semestrale (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)
Legalità e Trasparenza	Incremento formazione	Partecipazione ad eventi organizzati dall'ASL in materia di corruzione della prevenzione, della trasparenza , dell'etica e della legalità	Tutte le strutture aziendali	almeno n.1 evento	almeno n.1 evento	almeno n.1 evento

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Legalità e Trasparenza	Adempimento degli obblighi previsti nella sezione 2.3 del PIAO	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente, nei modi e tempi previsti dall'allegato al PIAO denominato "obblighi di pubblicazione" per una maggiore accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholders sia interni che esterni	Tutte le strutture aziendali	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1
Legalità e Trasparenza	Ai fini dell'applicazione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (ai sensi dell'art. 41 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" del D.lgs n. 33/2013), provvedere alla pubblicazione: a. delle prestazioni professionali svolte in regime intramurario b. in una apposita sezione denominata "Liste di attesa", i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.	Pubblicazione dei report a seguito trasmissione responsabile RULA	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%	100%	100%
Legalità e Trasparenza	Richiesta dei dati alle strutture per aggiornamento del Portale aziendale	Relazione finale con indicazione del n° di aggiornamenti effettuati per macrostruttura	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Invio richiesta quadrimestrale	Invio richiesta quadrimestrale	Invio richiesta quadrimestrale
Legalità e Trasparenza	Supporto operativo alle Macrostrutture per le pubblicazioni nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale	Pubblicazione entro 48h dalla richiesta	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%	100%	100%
Prevenzione	Governo delle liste e tempi di attesa.	Riduzione dei tempi di attesa per il II° livello	SS.CC Radiologia, Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello	Richiamo entro 15 gg.	Richiamo entro 15 gg.	Richiamo entro 15 gg.
Prevenzione	Riduzione dei tempi di lettura degli screening di I° livello	Lettura entro 15 gg. (dato nazionale 28 gg)	SS.CC Radiologia, Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello	<= 15 gg.	<= 15 gg.	<= 15 gg.
Prevenzione	Riduzione esami di II livello tesi al raggiungimento degli standard nazionali	% Esami di II livello	SS.CC Radiologia, Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello	≤ 10% per esami eseguiti	≤ 10% per esami eseguiti	≤ 10% per esami eseguiti
Prevenzione	Prevenzioni degli incidenti sul lavoro e delle patologie alcool-correlate.	Predisposizione di FAD asincrona accreditata ECM per tutti gli operatori dell'ASL FG	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	si/no	si/no	si/no
Prevenzione	Promozione della Salute nelle Scuole	Presentare dettagliata relazione sulle attività svolte in seno al GIA (SI / NO)	Direzione del Dipartimento di Prevenzione	Relazione	Relazione	Relazione
Prevenzione	Incremento delle colonscopie per lo screening colon retto	n° coloscopie anno 2023/ n° coloscopie anno 2022	Endoscopia Digestiva, Gastroenterologia	>30% dell'anno precedente	>30% dell'anno precedente	>30% dell'anno precedente
Prevenzione	Stilare un bilancio aggiornato sui livelli di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, sulle eventuali azioni da intraprendere ed intraprese.	Relazionare	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario: controllo e registrazione ricette.	N° impianti da controllare / numero totale di impianti soggetti a controllo	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	100%	100%	100%
Prevenzione	CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia 2017-2018 e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG	N° ricette registrate e controllate/ N° ricette pervenute	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	100%	100%	100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Prevenzione	Esecuzione dei test Biochimici per lo Screening delle Cromosomopatie nel 1° trimestre di gravidanza	N° esami	Laboratori Analisi P.O. Manfredonia	≥240 test annui	≥240 test annui	≥240 test annui
Prevenzione	Potenziamento dello screening colon-retto	Lettura dei test pervenuti =100% e comunicazione dei test positivi al Centro screening entro 21 gg dalla riconsegna derl FOBT da parte dell'utente	Laboratori Analisi P.O. San Severo	100% (Lettura Test pervenuti) entro 21gg. (comunicazione)	100% (Lettura Test pervenuti) entro 21gg. (comunicazione)	100% (Lettura Test pervenuti) entro 21gg. (comunicazione)
Prevenzione	Potenziamento Screening Oncologico Della Cervice Uterina- Esami di II livello	N° gg di consegna risultati	Ostetricia e Ginecologia P.O. Cerignola	entro 14 gg	entro 14 gg	entro 14 gg
Prevenzione	Potenziamento Screening Oncologico Della Cervice Uterina	100% lettura dei campioni biologici pervenuti	Ostetricia e Ginecologia P.O. Cerignola	Lettura entro 21 giorni e consegna referto entro 30 gg	Lettura entro 21 giorni e consegna referto entro 30 gg	Lettura entro 21 giorni e consegna referto entro 30 gg
Prevenzione	Attuazione Ordinanza Ministero della Salute ORDINANZA 13 maggio 2019" Proroga dell'ordinanza del 28 maggio 2015 e successive modificazioni, recante: «Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica». (GU Serie Generale n.146 del 24-06-2019)	N° Allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare	Sanità Animale (SIAV area A)	100%	100%	100%
Prevenzione	Attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame con particolare riferimento a: influenza aviaria, salmonellosi aviaria, scrapie, BSE, malattia vescicolare dei suini, anemia infettiva degli equini, West Nile disease, rabbia	Relazionare circa la situazione al 31/12	Sanità Animale (SIAV area A)	Relazione	Relazione	Relazione
Prevenzione	Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN	Aziende allevamenti inseriti in BDN/aziende con georeferenziazione; allevamenti attivi/allevamenti con qualifica sanitaria	Sanità Animale (SIAV area A)	100%	100%	100%
Prevenzione	Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina e felina; aggiornando puntualmente l'anagrafe canina e felina a. Denunce per aggressioni da cani randagi .	Cani randagi catturati identificati / cani randagi catturati ed iscritti all'Anagrafe canina Regionale	Sanità Animale (SIAV area A)	100%	100%	100%
Prevenzione	Progetto " Zero cani in canile"	n° cani non ricoverati in canili sanitari e/o rifugi/N° cani randagi recuperati	Sanità Animale (SIAV area A)	≥10%	≥10%	≥10%
Prevenzione	Miglioramento dell'attività di inserimento dati in SIMAN - sistema informativo malattie animali nazionale (vetinfo)	Gestire in maniera omogenea le informazioni sui casi di focolai di malattie infettive, le conseguenti indagini epidemiologiche	Sanità Animale (SIAV area A)	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Prevenzione	Monitoraggio degli indicatori sentinella	Report indicatori sentinella di cui al PRP 2014-18 riferito all'anno 2022	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)	Relazione semestrale SI/NO	Relazione semestrale SI/NO	Relazione semestrale SI/NO
Prevenzione	Rilevazione nell'applicazione e nell'erogazione dei LEA secondo lo schema regionale e rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità di Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del trimestre	Rendicontare sulle attività elencate e sugli esiti	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)	Relazione con report semestrale	Relazione con report semestrale	Relazione con report semestrale

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Prevenzione	Garantire il supporto tecnico-scientifico all'attività di sorveglianza delle attività a livello provinciale, coordinare le attività previste per gli altri Servizi del Dipartimento, diffondere nello specifico pratiche che promuovono l'utilizzo di dispositivi di sicurezza per adulti e di pratiche che promuovono il benessere organizzativo; gestire l'archivio delle aziende che attuano almeno un'azione di buona pratica e nel tempo sviluppare una rete a livello provinciale di aziende che promuovono salute.	Relazione con indicazione di Aziende aderenti; incontri con management aziendali	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Stilare un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per l'anno successivo	Relazione	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO
Prevenzione	Adozione Piano Regionale della Prevenzione	Adozione Piano aziendale attuativo del PRP	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Prevenzione	CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG	a) Esiti del Controllo Ufficiale su base annua; b) rappresentazione sintetica dei Controlli Ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC)	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Ridurre il rischio di malattie trasmesse dagli alimenti. Incrementare la vigilanza sugli operatori del settore alimentare (OSA)	N° di OSA controllati (raggiungere gli obiettivi del PRIC e del PLC)	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati con evasione di tutte le richieste. Attività formativa rivolta agli addetti alla Ristorazione Collettiva.	Predisporre un report annuale sull'attività svolta ed effettuare almeno n. 1 corso nell'anno	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	1) Report annuale su attività svolta. 2) Almeno n° 1 corso/anno	1) Report annuale su attività svolta. 2) Almeno n° 1 corso/anno	1) Report annuale su attività svolta. 2) Almeno n° 1 corso/anno
Prevenzione	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei "Controlli Ufficiali". Controlli sugli alimenti e loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti.	Effettuazione dei campioni così come previsto per il SIAN ASL FG	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali ": Controlli sugli Additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari.	Effettuazione delle Verifiche, ispezioni o Audit e Campionamenti così come previsto per il SIAN ASL FG	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Prevenzione malattie cronico-degenerative: svolgere programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di interventi di prevenzione nutrizionale (MED-FOOD ANTICANCER PROGRAM)	Realizzazione di almeno n° 2 campagne per anno. Analisi dei risultati.	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Promozione dei corretti stili di vita: svolgere programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di interventi di prevenzione nutrizionale in ambito scolastico (Med-Food Anticancer Program per gli alunni delle Scuole Superiori)	Realizzazione di almeno n. 2 interventi. Analisi dei risultati	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antinfluenzale per anziani.	Pianificazione e coordinamento dell'attività attraverso incontri verbalizzati con i MMG al fine di realizzare l'obiettivo regionale previsto	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	N. 3 incontri	N. 3 incontri	N. 3 incontri
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione MRP	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con 1 dose di vaccino MPR/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ind. LEAe NSG)	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	90%	95%	95%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Papilloma Virus (HPV)	Numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi/ numero di bambune della rispettiva coorte di nascita (NSG)	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	75%	85%	95%
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antimeningococcica	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nrl corso frl primo anno di vita se a rischio) per anti-,meningococcica / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) (ind. NSG)	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	90%	95%	95%
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antipneumococcica	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo , per età, per antipneumococcica/ numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	90%	95%	95%
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Esavalente	Numwro di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomenlite, difterite, tetano, epatite viraleB, pertosse, Hib/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	95%	95%	95%
Prevenzione	Screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon -retto)	Attività di coordinamento Centro Screening:estensione-invio inviti Screening mammografico ca.mammella-estensione Screening citologico ca.utero-estensione Screening ca. colon retto-estensione	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	mammografico 100% citologico 100% colon-retto 100% Relazione semestrale corredata da report	mammografico 100% citologico 100% colon-retto 100% Relazione semestrale corredata da report	mammografico 100% citologico 100% colon-retto 100% Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Completamento dell'istruttoria per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 5 della L.R. n° 9/2017 e s.m. e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzi tale adempimento.	N° richieste evase / N° richieste pervenute	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	100%	100%	100%
Prevenzione	Completamento dell'istruttoria per quanto previsto dall L.R. 19/2006 e dal R.R. n.4/2007 per le strutture socio-assistenziali verificando la presenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzi tale adempimento.	N° richieste evase / N° richieste pervenute	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	100%	100%	100%
Prevenzione	Vigilare sulle strutture sanitarie e socio assistenziali in modo da contribuire a contrastare il fenomeno dell'abusivismo professionale sanitario. Eseguire sopralluoghi e controlli sui locali delle strutture accreditate per verificare il possesso dei requisiti L.R. n. 9/017 e s.m.e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010 .	1)Strutture accreditate controllate / numero di strutture accreditate da controllare ≥25%. 2)Fornire elenco delle strutture da controllare e dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Prevenzione	Sorvegliare gli eventi avversi al vaccino anti meningococco B	Arruolare annualmente N° 100 bambini per l'intera ASL entro il 31/05/2023(scadenza AIFA), da sottoporre a vaccinazione. Di almeno 50 bambini (50% dei soggetti arruolati) dovrà pervenire diario clinico di sorveglianza settimanale . N° 50 diari clinici di sorveglianza acquisiti su100.	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	N° 50 diari clinici di sorveglianza acquisiti su100.		
Prevenzione	Sorvegliare le malattie infettive e gestire le emergenze in modo coordinato e tempestivo. Effettuare le indagini epidemiologiche nei tempi previsti, migliorare tutti i sistemi di sorveglianza, gestire le emergenze infettive in maniera coordinata e tempestiva. Applicare tempestivamente, se necessario, le misure di profilassi secondo le tempistiche previste dal DM 15/12/90 e relativa regolamentazione regionale.	1) N° notifiche inviate in Regione / N° notifiche pervenute; 2) N° di allerta inviati in regione / N° malattie da segnalare come allerta	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	100%	100%	100%
Prevenzione	Controllo dell'intera filiera, dell'utilizzo e dello smaltimento delle reti nelle attività di Molluschicoltura	n°controllo effettuati/n° da effettuare	SIAV area B e C	100%	100%	100%
Prevenzione	Controllo dell'uso degli antibiotici negli allevamenti e verifica negli alimenti di origine animale	n°controllo effettuati/n° da effettuare	SIAV area B e C	100%	100%	100%
Prevenzione	Attuazione completa e conforme alle procedure, dei Piani dei Campionamenti Microbiologici, Chimici e Fisici Regionali, con la ricerca dei criteri di sicurezza alimentare, degli indicatori di igiene e dei contaminanti. -	Piano di intervento e rendicontazione delle attività svolte così come previste ed inoltrate alle Regione Puglia	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Fornire un elenco degli esercizi alimentari, ristoranti ed altre attività oggetto di intervento suddiviso per comune e settore di attività. Indicare la data di ultima verifica	Relazione semestrale	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)	n°2 report	n°2 report	n°2 report
Prevenzione	Adeguamento delle modalità di programmazione, pianificazione, esecuzione, registrazione e rendicontazione delle attività dei controlli ufficiali, nella maniera più aderente possibile alle disposizioni, procedure e criteri operativi, del nuovo Piano Regionale dei Controlli (PRC)	Relazionare	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)	Relazione annuale	Relazione annuale	Relazione annuale
Prevenzione	Potenziamento screening oncologici	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo dei canali informatici (portale istituzionale e social media)	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo dei canali informatici (portale istituzionale e social media)	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo dei canali informatici (portale istituzionale e social media)
Prevenzione	Screening neonatale displasia delle anche	Incremento prestazione rispetto all' 2022 in rapporto al n° di radiologi	Radiologie	30%	30%	30%
Sanità Digitale	Potenziamento Sistemi Informativi-Area Telecomunicazioni e Data Center	Attivazione Sistema Regionale Sirdimm sugli HUB	Sistemi Informativi Aziendali	(Si/No)	(Si/No)	(Si/No)
Sanità Digitale	PagoPA	Ampliamento del circuito PagoPA nel rispetto delle scadenze del PNRR	Sistemi Informativi Aziendali	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Sanità Digitale	Potenziamento dei Sistemi Informativi	1) Telemedicina: Integrazione di nuovi device per la diagnosi e il monitoraggio delle cronicità aggiudicazione della gara e avviamento dell'esecuzione del Contratto ; 2) Supporto all' utilizzo Cartella clinica multiprofessionale territoriale; 3) Supporto del Percorso Nascita (Ospedale-Territorio): cartella clinica, app e televisite	Sistemi Informativi Aziendali	Relazione che evidenzi il completamento	Relazione che evidenzi il completamento	Relazione che evidenzi il completamento
Sanità Digitale	Collaborazione con il Dpo per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR) e del Protocollo Informatico alle nuove regole dell'AGID	Incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento e relativi verbali .	Sistemi Informativi Aziendali, Programmazione Aziendale	Relazione con l'indicazione del numero di incontri	Relazione con l'indicazione del numero di incontri	Relazione con l'indicazione del numero di incontri
Sanità Digitale	Utilizzo del nuovo sistema regionale RIS-PACS - SlrDImm	Inserimento esami nel sistema regionale	SS.CC Radiologia, Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello	100%	100%	100%
Sanità Digitale	Conferimento al CUP agende delle strutture private accreditate	% agende conferite al CUP	Area Gestione del Personale	100%	100%	100%
Sanità Digitale	Attivazione della Telemedicina e Home Monitoring nel trattamento dello Scompenso Cardiaco e nella gestione dei Device impiantabili come da indicazioni del Ministero della Salute approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 17/12/2020	% Pazienti impiantati ed arruolati con sistema di monitoraggio	Cardiologia-Utic	≥ 10%	≥ 20%	≥ 30%
Sanità Digitale	Diffusione e vigilanza sulla redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	Relazione semestrale sulla % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto	Direzioni Mediche	>90%	>90%	>90%
Sanità Digitale	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata per le prestazioni specialistiche.	Report con l'indicazione del N° di ricettari conferiti al singolo medico	Distretti socio-sanitari	N° ricettari anno 2023 ≤ N° ricettari anno 2022	N° ricettari anno 2024 ≤ N° ricettari anno 2023	N° ricettari anno 2025 ≤ N° ricettari anno 2024
Sanità digitale	Applicazione cartella clinica digitalizzata su percorso nascita ed estensione ad altre attività consultoriali	n° cartelle digitalizzate/n° pazienti	Distretti socio-sanitari	50%	60%	80%
Sanità digitale	Utilizzo Cartella clinica ambulatoriale informatizzata su tutti i poliambulatori afferenti al Distretto	% delle visite gestite con la nuova cartella clinica in fase di attivazione	Distretti socio-sanitari	≥10%	≥40%	≥80%
Sanità Digitale	Implementazione attività per potenziamento Sanità Digitale. Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	Laboratori Analisi	>90%	>95%	100%
Sanità Digitale	Avvio nuovo software laboratorio analisi con unificazione dei codici delle prestazioni	% di utilizzo software	Laboratori Analisi	100%	100%	100%
Sanità Digitale	Attivazione di prestazioni in telemedicina e utilizzo delle piattaforme Web da parte del Servizio di Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell'Adolescenza ed anche da parte del Servizio di Integrazione Scolastica.	Attivazione della telemedicina	Neuropsichiatria infantile	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Sanità Digitale	Avvio Nuova Cartella Clinica, LIS e Repository ed invio dati al FSE	Completamento obiettivo	Sistemi Informativi Aziendali	100%	100%	100%
Sanità Digitale	Partecipazione ai tavoli regionali di Sanità Digitale e Sanità Connessa e di attivazione di FSE 2,0	Relazione	Sistemi Informativi Aziendali	(Si/No)	(Si/No)	(Si/No)

Ai sensi del D.Lgs. n.82 del 7 marzo 2005 (Codice dell' Amministrazione Digitale) e successive modifiche, integrazioni e norme collegate, il presente documento informatico sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Sanità Digitale	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità Elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali	Chiusura SDO/SDA entro 20gg. dalla dimissione	SS.CC Ospedaliere di ricovero	100%	100%	100%
Sanità Digitale	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto	SS.CC Ospedaliere di ricovero	>90%	>95%	100%
Sanità Digitale	Attivazione della televisita per le visite di controllo	n° di televisite /n° totale visite di controllo	SS.CC. Ospedaliere di ricovero e Distretti socio-sanitari	≥10%	≥30%	≥50%
Sanità Digitale	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio.	Verifica ed inserimento in NSIS secondo le scadenze.	Statistica ed Epidemiologia	100%	100%	100%
Sanità Digitale	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio.	Coordinamento aziendale degli adempimenti relativi alla gestione dei flussi informativi finalizzato al rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni nazionali e regionali in materia di sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi, nazionali , regionali ed aziendali	Statistica ed Epidemiologia	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte
Sanità Digitale	Utilizzo nuova cartella clinica informatizzata di reparto (accettazione, consulenze interne, richieste di laboratorio, richieste di radiologia, LDO)	% di utilizzo	Tutte le strutture di ricovero ospedaliere	100%	100%	100%
Sanità Digitale	Gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il portale della Salute.	Aggiornamento puntuale	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale