



**Azienda
Sanitaria Locale FG**
Provincia
di Foggia

Direzione Strategica
Viale M. Protano
Foggia
Partita IVA e C.F.
3499370710
Tel. 0881.884609
Fax 0881.884619

Direttore Generale
dott. Vito Piazzolla

Il Programma annuale delle attività “Obiettivi di equipe” 2021

Comuni ASL FG:

Foggia - Cerignola - Manfredonia - San Severo - Lucera - San Giovanni Rotondo - Orta Nova - Torremaggiore - San Nicandro - Garganico - San Marco in Lamis - Vieste - Apricena - Monte Sant'Angelo - Vico del Gargano - Troia - Cagnano Varano - Carapelle - Mattinata - Lesina - Ascoli Satriano - San Paolo di Civitate - Stornara - Stomarella - Ischitella - Carpino - Peschici - Serracapriola - Deliceto - Rodi Garganico - Bovino - Zapponata - Biccari - Orsara di Puglia - Poggio Imperiale - Pietramontecorvino - Ortona - Candela - Accadia - Rignano Garganico - Castelluccio dei Sauri - Sant'Agata di Puglia - Casalvecchio di Puglia - Rocchetta Sant'Antonio - Volturino - Chieuti - Celenza Valfortore - Casalnuovo Monterotaro - Anzano di Puglia - Castelnuovo della Daunia - Castelluccio Valmaggiore - Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Monteleone di Puglia - Carfantino - Alberona - Panni - Motta Montecorvino - Faeto - Volturara Appula - Isole Tremiti - Celle di San Vito

2021 CdR	1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia LABORATORIO ANALISI CERIGNOLA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per pazienti sospetti Covid in OBI - Pronto soccorso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	10
2	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per posti letto Covid dalla Terapia intensiva e semi intensiva, dalla Medicina interna, Cardiologia, ginecologia , Pediatria e neonatologia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	10
3	Consegna ai pazienti del Pin al fine di poter visualizzare on-line e stampare i referti degli esami di laboratorio , in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
4	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	10
5	Unificare le codifiche interne con le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI / NO riscontro con il controllo di gestione e GPI.	10
6	Trasferimento, in collaborazione con l'Area Tecnica dai vecchi ai nuovi locali del servizio laboratorio analisi entro il 2021 <i>Indicatori/risultato atteso:</i> Si/No	10
7	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica dei referti di laboratorio alle varie UU.OO.). <i>Indicatore/risultato atteso:</i> referti trasmessi alle UU.OO. ≥ 90%.	10
8	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali <i>Indicatore/risultato atteso:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5
9	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
10	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021**1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia**

CdR	LABORATORIO ANALISI SAN SEVERO - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per pazienti sospetti Covid in OBI - Pronto soccorso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	10
2	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per posti letto Covid dalla Terapia intensiva e semi intensiva, dalla Medicina interna, Cardiologia, ginecologia , Pediatria e neonatologia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	10
3	Consegna ai pazienti del Pin al fine di poter visualizzare on-line e stampare i referti degli esami di laboratorio , in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
4	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	10
5	Unificare le codifiche interne con le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI / NO riscontro con il controllo di gestione e GPI.	10
6	Potenziamento dello screening colon-retto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Lettura dei test pervenuti =100% e comunicazione dei test positivi al Centro screening entro 21 gg dalla riconsegna del FOBT da parte dell'utente	10
7	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica dei referti di laboratorio alle varie UU.OO.). <i>Indicatore/risultato atteso:</i> referti trasmessi alle UU.OO. ≥ 90%.	10
8	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali <i>Indicatore/risultato atteso:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5
9	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
10	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

Il RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 CdR	1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia LABORATORIO ANALISI MANFREDONIA QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per pazienti sospetti Covid in OBI - Pronto soccorso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	15
2	Consegna ai pazienti del Pin al fine di poter visualizzare on-line e stampare i referti degli esami di laboratorio , in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
3	Esecuzione e processazione dei tamponi in Biologia Molecolare per la diagnosi da Covid-19 <i>Indicatore/risultato atteso :</i> Relazione con l'indicazione del numero di esami	15
4	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	10
5	Unificare le codifiche interne con le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale. <i>Indicatore/risultato atteso :</i> SI / NO riscontro con il controllo di gestione e GPI.	10
6	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica dei referti di laboratorio alle varie UU.OO.). <i>Indicatore/risultato atteso: referti trasmessi alle UU.OO. ≥ 90%.</i>	10
7	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali <i>Indicatore/risultato atteso:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5
8	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
9	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la <i>Indicatore/risultato atteso :</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

Il RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)
GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021	1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia	
CdR	CENTRO TRASFUSIONALE - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. Assegnati e contribuire all'autosufficienza regionale degli stessi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno.	15
2	Stipulare accordo/convenzioni con le Case di Cura private finalizzati alla cessione di emocomponenti. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Almeno n. 1 convenzione/accordo.	15
3	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	10
4	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. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Valutazione dell'appropriatezza delle richieste-Relazione	10
5	Mantenimento dell'Accreditamento dei CT. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO.	10
6	Gestione delle Linee guida PBM e corretta applicazione della procedura operativa standard richiesta , assegnazione e consegna emocomponenti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	15
7	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
8	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 <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021	1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia
CdR	RADIODIAGNOSTICA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI
	peso

1	Consegna referti per prestazioni interne entro 48 h e per esterni entro 10gg <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione</i>	10
2	Mantenimento degli standard minimi per lo screening mammografico <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione con l'indicazione di n° mammografie</i>	15
3	Rispetto tempi di attesa per mammografia in considerazione delle classi di priorità <i>Indicatore/risultato atteso: Riduzione tempi di attesa rispetto al 2020</i>	10
4	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali <i>Indicatore/risultato atteso: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.</i>	10
5	Consegna ai pazienti del Pin al fine di poter visualizzare on-line e stampare i referti degli esami radiologici, in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo. <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione</i>	10
6	Gestione e follow-up dei pazienti Covid-19 positivi e negativizzati <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione</i>	10
7	Garanzia di accessi separati ed in sicurezza di utenti e predisposizione di un accesso dedicato per effettuazione di esami radiologici e di diagnostica per immagini per pazienti esterni <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione con l'indicazione della data di attivazione</i>	10
8	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione</i>	10
9	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione del Direttore di dipartimento</i>	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021		2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia	
CdR	MED. E CHIR. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI		PESO
1	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	10	
2	Miglioramento sull'appropriatezza delle richieste diagnostiche. Diminuzione della spesa sui farmaci e presidi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incidenza % costo esami < anno 2019 (10%)	10	
3	Miglioramento attività di "filtro" del reparto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di ricovero < 20% (laddove non in linea con valori standard)	10	
4	Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Report trimestrale	10	
5	Abbandoni da Pronto Soccorso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Miglioramento performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)	10	
6	% di accessi in Pronto Soccorso con codice arancione visitati entro 30 min <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Miglioramento performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)	10	
7	Applicazione di un protocollo condiviso sulla gestione del dolore toracico (MCAU-Cardiologia) per contribuire alla riduzione della mortalità a 30 gg. dopo IMA. <i>Indicatore:</i> % pazienti con dolore toracico trattati secondo le procedure previste nel protocollo	10	
8	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Validazione delle SDO secondo latempistica indicata dalla disposizione regionale	10	
9	Integrazione con il 118 e con i DSS di appartenenza coordinata dal Responsabile Dip. Di Emergenza-Urgenza <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° 2 incontri annui (uno con il 118 e uno con il DSS di riferimento) da verbalizzare .	10	
10	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10	

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE
IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)
GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021	2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia	
CdR	CARDIOLOGIA - U.T.I.C. Cerignola-San Severo OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore/risultato atteso: SI/No indicazione da parte del SIA</i>	10
2	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 <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione + Protocolli</i>	10
3	Implementazione 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 <i>Indicatore/risultato atteso: % Pazienti contattati con sistema in remoto</i>	10
4	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso: 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%</i>	5
5	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso: % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$;</i>	5
6	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso: > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.</i>	5
7	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso: > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.</i>	5
8	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso: trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura . SDO entro 20gg dalla dimissione</i>	5
9	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso: % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.</i>	5
10	Implementazione di Medical Audit su casi clinici di particolare rilevanza nell'ottica dell'integrazione Dipartimento-Territorio <i>Indicatore/risultato atteso: N° 4 Medical Audit</i>	5
11	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso: SI/No</i>	10
11	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione</i>	10
12	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione del Direttore di dipartimento</i>	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE
IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)
GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021	2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia	
CDR	CARDIOLOGIA - Manfredonia OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore/risultato atteso: SI/No indicazione da parte del SIA</i>	10
2	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso: 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%</i>	10
3	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso: 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$;</i>	10
4	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso: > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.</i>	10
5	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso: > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.</i>	10
6	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso: % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.</i>	10
7	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura <i>Indicatore/risultato atteso: Trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO entro 20gg dalla dimissione</i>	5
8	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso: SI/No</i>	10
9	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione</i>	10
10	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione del Direttore di dipartimento</i>	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

ANESTESIA E RIANIMAZIONE OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

PESO

1	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura SDO entro 20gg. dalla dimissione	5
2	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	5
3	Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Corretta e completa compilazione della check list preoperatoria (da verificare con controlli a campione) b) attività formativa gestita dal Risk Management aziendale	10
4	Correttezza e completezza della cartella clinica/anestesiologica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Numero cartelle conformi / numero cartelle controllate	10
5	Eliminare i casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10
6	Attivazione, in collaborazione con l'U.O. di ostetricia e ginecologia del parto-analgesia e preparazione e distribuzione di brochure informative sulla parto-analgesia alle partorienti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10
7	Collaborazione tra unità operative ospedaliere dedicate a pazienti Covid-19 e terapia intensiva <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
8	Indicazione e prescrizione sulla cartella anestesiologicala di terapie per il controllo del dolore post-operatorio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° cartelle conformi/n° cartelle controllate	5
9	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No	10
10	Formazione ai dipendenti del blocco operatorio sul corretto uso dei DPI nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio durante le procedure chirurgiche di pazienti Covid positivi o sospetti. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
11	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021**2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia****ANESTESIA Manfredonia OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

1	Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Corretta e completa compilazione della chek list preoperatoria (da verificare con controlli a campione) b) attività formativa gestita dal Risk Management aziendale	15
2	Correttezza e completezza della cartella clinica/anestesiologica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Numero cartelle conformi / numero cartelle controllate	15
3	Eliminare i casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	15
4	Indicazione e prescrizione sulla cartella anestesiologica di terapie per il controllo del dolore post-operatorio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° cartelle conformi/n° cartelle controllate	15
5	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No	15
6	Formazione ai dipendenti del blocco operatorio sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio durante le procedure chirurgiche di pazienti Covid positivi o sospetti. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
7	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021**3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia**

CdR	GINECOLOGIA E OSTETRICIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Riduzione dei parti con taglio cesareo. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Miglioramento performance 2019	5
2	Raggiungimento del target 1000 parti annui. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° parti annui.	5
3	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	5
4	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$	5
5	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
6	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
7	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azioen o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	5
8	Screening cervice uterina <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 100% lettura dei campioni biologici pervenuti	5

9	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10
10	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
11	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura . SDO entro 20gg dalla dimissione	5
12	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	5
13	Attivazione, in collaborazione con la U.O. di Anestesia e Rianimazione , del parto-analgesia e /o del protocollo Diagnostico terapeutico Assistenziale in Partoanalgesia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO.	10
14	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
15	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021**3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia****PEDIATRIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

1	Riduzione DRG ad alto rischio di inappropriatazza <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Miglioramento rispetto al 2019	10
2	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	10
3	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$	10
4	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
5	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
6	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	10
7	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10

2021**3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia**

8	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	5
9	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
10	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura . SDO entro 20gg	5
11	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
12	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021

CdR

4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia**CHIRURGIA GENERALE OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	10
2	Degenza media DRG chirurgici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015 aumentato dei giorni per esito tamponi	5
3	Qualità degli interventi in relazione alle sedute operatorie a disposizione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con indicazione di n° e tipo di interventi	5
4	Colecistectomia laparoscopica. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	5
5	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%; 2) Trattamenti in corso 55%	5
6	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi ≥ 95%	5
7	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5

2021**4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia**

9	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso</i> :Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	5
10	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso</i> :% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
11	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore</i> : SI/No indicazione da parte del SIA	5
12	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso</i> : SI/No	10
13	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso</i> : trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura SDO entro 20gg dalla dimissione	5
14	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
15	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso</i> : <i>Relazione del Direttore di dipartimento</i>	15

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021**4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia****ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi, esclusivamente per i reparti in cui sono garantiti posti letto per ricoveri ordinari. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	10
2	Attività in Day Service <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento/Incremento rispetto al 2020 (in considerazione Emergenza Covid-19)	5
3	Degenza media DRG chirurgici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> <i>Mantenimento performance 2015 aumentato dei giorni per esito tamponi</i>	5
4	Qualità degli interventi in relazione alle sedute operatorie a disposizione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con indicazione di n° e tipo di interventi	5
5	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%; 2) Trattamenti in corso 55%	5
6	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi ≥95%	5
7	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
9	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	5

2021**4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia**

10	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Indicatore/risultato atteso:% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
11	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore</i> : SI/No indicazione da parte del SIA	5
12	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso</i> : trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura SDO entro 20 gg. dalla dimissione	5
13	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso</i> : SI/NO	10
14	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
15	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso</i> : <i>Relazione del Direttore di dipartimento</i>	15

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021**4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia****P.O. CERIGNOLA - OFTALMOLOGIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

1	Attività in Day Service <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento/Incremento rispetto al 2020 (in considerazione Emergenza Covid-19)	10
2	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	5
3	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$	10
4	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
5	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
6	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	5
7	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
8	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	10

2021**4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia**

9	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura Sdo entro 20 gg dalla dimissione	10
10	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10
11	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
12	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> <i>Relazione del Direttore di dipartimento</i>	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021

CdR

4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia**P.O. CERIGNOLA - UROLOGIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi, esclusivamente per i reparti in cui sono garantiti posti letto per ricoveri ordinari. Indicatore/risultato atteso: 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	5
2	Degenza media DRG chirurgici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015	5
3	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 <i>Indicatore/risultato:</i> Incremento del 10% degli interventi di tipo disostruttivo rispetto al 2019 subordinatamente all'accesso al ricovero e alla disponibilità delle sedute operatorie	10
4	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	5
5	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	5
6	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi ≥95%	5
7	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5

2021**4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia**

9	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori) <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	5
10	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso</i> : % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
11	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di cosulenze interne <i>Indicatore</i> : SI/No indicazione da parte del SIA	5
12	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso</i> : trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO chiuse entro 20 gg. dalla dimissione	5
13	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso</i> : SI/NO	10
14	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
15	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso</i> : <i>Relazione del Direttore di dipartimento</i>	15

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021

Cdr

4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia**P.O. CERIGNOLA – OTORINOLARINGOIATRIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI**

1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%.	5
2	Degenza media DRG chirurgici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015	5
3	% Ricoveri in Day Surgery(Ind. MES C4.17) <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento/Incremento rispetto al 2020 (in considerazione Emergenza Covid-19)	5
4	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	5
5	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6	5
6	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
7	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
8	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	5

2021**4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia**

9	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Indicatore/risultato atteso:% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
10	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:SI/No indicazione da parte del SIA</i>	5
11	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura SDO entro 20 gg. dalla dimissione	5
12	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10
13	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
14	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

1	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	10
2	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$	10
3	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
4	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
5	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine di IV generazione) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	10
6	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	10
7	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella Clinica informatizzata per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	10
8	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura SDO entro 20 gg dalla dimissione	5
9	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No	10
10	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
11	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

1	Attività in Day Service <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento/Incremento rispetto al 2020 (in considerazione Emergenza Covid-19)	10
2	Attività in DH <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento/Incremento rispetto al 2020 (in considerazione Emergenza Covid-19)	10
3	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
4	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	10
5	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	10
6	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura SDO/SDA entro 20gg dalla dimissione	10
7	Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Effettuare almeno 6 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.	10
8	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No	10
9	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
10	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2020 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

1	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	10
2	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi =100%	5
3	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
4	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
5	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	5
6	Rimodulazione funzionale e organizzativa finalizzata al contenimento della diffusione del contagio da Covid -19 dei pazienti emodializzati <i>Indicatore/risultato :</i> Relazione	10
7	Follow-up ravvicinato di pazienti in predialisi (MRCV stadio K-DOQI) <i>Indicatore/risultato :</i> Incremento dell'attività ambulatoriale per pazienti uremici da avviare al trattamento sostitutivo(emodialitico, peritoneale, trapianto)	10
8	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
9	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	5

10	<p>Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO entro 20 gg dalla dimissione</p>	5
11	<p>Attivazione e gestione dei magazzini di reparto</p> <p>Indicatore/risultato atteso: SI/No</p>	10
12	<p>Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione</p>	10
13	<p>Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento</p>	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	NEFROLOGIA e DIALISI San Severo OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	<p>Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%</p>	10
2	<p>Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi =100%</p>	5
3	<p>Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.</p>	5
4	<p>Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.</p>	5
5	<p>Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)</p>	5
6	<p>Rimodulazione funzionale e organizzativa finalizzata al contenimento della diffusione del contagio da Covid -19 dei pazienti emodializzati <i>Indicatore/risultato :</i>Relazione</p>	10
7	<p>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 <i>Indicatore/risultato :</i>Attivazione di ambulatorio dedicato e attivazione Day Service (PAC 71-74) come previsto dalle normative regionali</p>	10
8	<p>Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i>% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.</p>	5

9	<p>Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne</p> <p><i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA</p>	5
10	<p>Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO entro 20 gg dalla dimissione</p>	5
11	<p>Attivazione e gestione dei magazzini di reparto</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No</p>	10
12	<p>Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione</p>	10
13	<p>Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento</p>	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR

P.O. SAN SEVERO - MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

PESO

1	Esecuzione tamponi per la ricerca SARS COV2 nelle strutture socio sanitarie e socio assistenziali territoriali <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
2	Monitoraggio clinico domiciliare in remoto attraverso la COT e USCA <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
3	Valutazione clinica e monitoraggio delle strutture socio sanitarie e socio assistenziali territoriali <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
4	Presenza in carico totale ove necessario delle strutture socio sanitarie e socio assistenziali territoriali sino alla dichiarazione delle strutture Covid free <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
5	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	5
6	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	5
7	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
9	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	5
10	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No	10
11	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
12	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO chiuse entro 20 gg. dalla dimissione	5
13	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR

PSICHIATRIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

PESO

1	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti provenienti da altre Asl della Regione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso 2%	10
2	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti minori, accompagnati su indicazione dei servizi di Neuropsichiatria infantile per una migliore definizione diagnostica ed un precoce trattamento al fine di ridurre il DUP <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso 1%	10
3	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione % delle DDD per posti letto	5
4	Applicazione di modelli condivisi della rete di rapporto SPDC - Territorio, con particolare attenzione alla disponibilità di posti letto dedicati al territorio competente e di equipe territoriale che visitino almeno una volta i propri assistiti quando ricoverati. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) formulazione di una cek list al fine di valutare l'adozione del protocollo	10
5	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> SI/No <i>indicazione da parte del SIA</i>	5
6	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
7	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso	5
8	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° 2 di incontri, verbali e protocolli d'intesa.	5
9	Riduzione della contenzione: a) Predisposizione entro 60 giorni di una relazione sugli episodi di contenzione negli SPDC (numero <i>Indicatore/risultato atteso:</i> relazione che evidenzia nel 2021 il ricorso a tale pratica rispetto agli anni precedenti	5
10	Garantire adeguati livelli di discussione degli aspetti organizzativi, delle pratiche professionali, dei casi difficili e la formazione, sia sul <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) almeno n. 6 incontri verbalizzati	5
11	Attivazione e gestione dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No	10
12	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
13	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

Indicatore/risultato atteso

Peso

1	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	5
2	Controllo della qualità delle Cartelle cliniche relativamente alla completezza, leggibilità delle firme degli operatori che hanno effettuato le consulenze. Dotare ciascun dirigente di un timbro nominativo, obbligandolo all'uso dello stesso per una più facile identificazione sugli atti medici.	Controllo del 10% di cartelle cliniche dei dimessi di ogni reparto e trasmettere specifica relazione ai primari sulle eccezioni riscontrate con frequenza trimestrale. Report trimestrale.	5
3	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.	5
4	Coordinamento in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera delle attività tese all'incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale.	Verifica sull'andamento delle prescrizioni e sull'erogazione dei farmaci in distribuzione con informazione alle strutture cliniche in accordo alla Farmacia ospedaliera	5
5	Diffusione e vigilanza sulla 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 > 90%	5
6	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata per le prestazioni specialistiche.	% delle ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti > 80%.	5
7	Gestione autonoma dell'Agende CUP	Individuazione referente agende Cup e gestione delle stesse almeno al 50% da parte di operatori ASL	10
8	Programmazione aziendale finalizzato al recupero delle prestazioni ambulatoriali, prenotate e non erogate per effetto dell'emergenza COVID-19 e riattivazione delle agende per l'attività ambulatoriale	Relazione in accordo con le UU.OO. Coinvolte	5
9	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometriche Distribuzione dello stesso all'interno delle strutture. 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, previo invio di report trimestrali di monitoraggio della spesa da parte dell'Area del Personale.	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.	5

10	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5
11	Organizzazione, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, di incontri con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari.	Relazione	5
12	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codice di Comportamento. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10
13	Coordinare un sistema snello di gestione delle sale operatorie volto al rispetto dei tempi di ingresso in sala operatoria e alla corretta programmazione della seduta	Relazione	10
14	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	5
15	Riorganizzazione e gestione delle strutture ospedaliere e del personale a seconda dell'evoluzione dell'emergenza COVID-19 (posti letto, reparti covid e no-covid)	Relazione	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021**7 - DIREZIONI AMMINISTRATIVE DI PP.OO. ASL FG - Foggia**

CdR

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Gestione informatizzata dei magazzini economici, gestione ordini contabilità per beni strumentali e servizi.	contabilizzare tutte le operazioni di carico e scarico in procedura entro il 10 del mese successivo alla chiusura del trimestre	5
2	Mantenimento dell'efficienza dell'attività produttiva del Presidio	Costo beni non sanitari 2021 < costo beni non sanitari 2020	5
3	Cura le attività di mancato ritiro dei referti, recupero dei ticket per mancate disdette e codici bianchi e sollecito di pagamento fino alla fase di costituzione in mora dell'utente ed al relativo incasso delle somme dovute.	Relazione su: i) codici bianchi, ii) referti non ritirati, iii) mancate disdette.	10
4	Liquidazione fatture beni sanitari e non di pertinenza del PO rinvenienti da programmi di spesa.	Indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP) = 0	10
5	Liquidazione fatture anni pregressi	Fatture anni pregressi in carico alla struttura = 0	5
6	Recupero somme per azioni di rivalsa sanitaria per conto Regione Puglia	Relazione su attività svolta	10
7	Migliorare il tasso di esecuzione delle sentenze sfavorevoli di condanna (decreti ingiuntivi): fornire informativa documentata alla Struttura Burocratico-legale entro i termini fissati dalla struttura stessa nella nota di trasmissione del decreto ingiuntivo	SI/NO in contraddittorio con la SBL	10
8	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n.32/2021 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.	10
9	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. 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.	10
10	Uniformare anagrafiche di magazzino economico	Si/No Relazione	10
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021) e di tutti gli obblighi in esso previsti. Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. Verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy.	10
12	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento Aziendale (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al Cod. di Comport. ed attività poste in essere per il rispetto dello stesso.	5

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021	8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG		
CdR	DIREZIONE DISTRETTO		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva -spesa farmaceutica	Incontri con i MMG e i PLS, a seguito di segnalazione del Servizio Farmaceutico o per audit interno, con scostamenti dalla spesa rispetto alla media regionale sulle molecole di cui alla DGR 203 dell'08/02/2021. Almeno n.1 incontro ogni trimestre	10
2	Collaborazione con il SISF per tutte le attività correlate all'emergenza sanitaria COVID-19	1) Trasmissione al SISF degli elenchi ;di persone da vaccinare;2)Coordinamento in collaborazione con il NOAVACC della campagna vaccinale anti-SARS- COV-2 (% popolazione vaccinata)	5
3	Implementazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Incremento dell'acquisizione dei consensi all'alimentazione del FSE volto al raggiungimento del 50% della popolazione residente nel Distretto	5
4	Aggiornamento anagrafica sanitaria	Verifica e superamento delle anomalie per gli ultraottentenni (n° report pervenuti dall'anagrafe comunale)	5
5	Implementazione attività di teleconsulto per i consultori	Almeno il 30% di teleconsulto per singola attività e per singola struttura.	5
6	Applicazione cartella clinica digitalizzata su percorso nascita ed estensione ad altre attività consultoriali	n° cartelle digitalizzate/n° pazienti almeno pari al 50%	5
7	Proposta riorganizzativa delle attività consultoriali a livello distrettuale in base alla DGR 333/2020	Relazione con invio proposta in collaborazione con il Dipartimento materno-infantile per l'aspetto della tutela della maternità e dell'infanzia	5
8	Monitoraggio e controllo spesa protesica	1)Trasmissione report mensili alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione; 2) Riduzione della spesa almeno del 5% rispetto all'anno 2020	10
9	Monitoraggio mensile di tutti i pazienti assistiti in ADI per la media ed alta intensità	Relazione mensile da trasmettere al Rup e al DEC	5
10	Recupero somme ticket per prestazioni non effettuate negli ultimi dieci anni	Relazione con l'indicazione delle somme da recuperare e dell'importo recuperato	5

2021**8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG**

11	Recupero somme derivanti da mobilità internazionale	1) informativa ai MMG e PLS sulla corretta compilazione delle ricette ai cittadini UE ed Extra UE; 2) Relazione con l' indicazione della somma recuperata e della somma da recuperare	5
12	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la data effettiva di registrazione della fattura e la data di trasmissione cartacea della determina di liquidazione = 20 gg.	5
13	Predisposizione autorizzazione per nuovo ingresso e rinnovi di pazienti in strutture socio-sanitarie	Relazione trimestrale e svolgimento UVM, anche in modalità da remoto, entro 10 gg dall'istanza o dalla scadenza	5
14	Utilizzo Cartella clinica ambulatoriale informatizzata su tutti i poliambulatori afferenti al Distretto	Incremento del 20% rispetto al 2020	5
15	Gestione autonoma delle Agende Cup	Individuazione referente agende Cup e gestione delle stesse almeno al 50% da parte di operatori ASL	5
16	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 32/2021 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.	5
17	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità, prestazioni aggiuntive e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi semestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato.	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.	5
18	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021) , del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codice di Comportamento. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	5

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Mantenere le prestazioni domiciliari extraregionali ambulatoriali, di internato, quelle domiciliari nei limiti della spesa consuntivata.	Spesa 2021=Spesa 2020 Valori da rilevare dai consuntivi di riferimento	10
2	Concordare con le strutture accreditate la consegna mensile del dettaglio delle prestazioni erogate oltre la documentazione cartacea indicata nel contratto sottoscritto annualmente. Detta fase costituisce il dies a quo per il computo dei termini di pagamento.	Il pagamento delle strutture decorre dall'acquisizione della documentazione ulteriore e non dalla data di emissione fattura(ENTRO 15 GG)	10
3	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	10
4	Assolvimento attività ispettiva presso strutture ex art. 26	Almeno n° 2 /anno	10
5	Assolvimento attività ispettiva presso strutture ex art. 25	Almeno n° 2 /anno	10
6	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	10
7	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 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.	10
8	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. 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.	5
9	Formazione ai dipendenti sull'utilizzodei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamentti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	10
10	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codice di Comportamento. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

2021			
10 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - ASL FG Foggia			
CdR			
DIREZIONE DIPART. DIPENDENZE PATOLOGICHE			
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Prevenzioni degli incidenti sul lavoro e delle patologie alcool-correlate.	N° 10 incontri di sensibilizzazione del personale ASL sulle tematiche alcool-correlate (se permesso dalle norme anti-Covid-19) In alteranitiva n. 5 incontri online rivolti al personale ASL	20
2	Progetto specifico per la dipendenza patologica da gioco d'azzardo : prosecuzione delle azioni del progetto già programmare compatibilmente con le norme anti Covid-19, in collegamento con la cabina di regia regionale	Si/No Relazione	10
3	Servizio di counseling psicologico telefonico (e/o compatibilmente con le norme di prevenzione del contagio in presenza) riservato ai dipendenti Asl Fg e Sanitaservice per situazioni stressanti legate alla pandemia Covid-19	Si/No Relazione	10
4	Iniziative in tema di contrasto alla corruzione e illegalità in osservanza del PTPC ASL FG 2019/2021: registrazione sulla cartella clinica del processo decisionale che porta all'individuazione della Comunità terapeutica sottoscritto e firmato da almeno tre componenti dell'equipe	100% degli invii in comunità in cui sia documentabile l'applicazione del protocollo. Relazione	10
5	Report sulla popolazione utente 2021. Tipologia di assistiti, indicazione dei nuovi utenti e numero di invii in CT. Decrizione dei cambiamenti indotti dalla pandemia e confronto con i dati dell'anno 2019 e 2020	Relazione corredata da report	5
6	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	10
7	Controllo e rendicontazione semestrale della spesa verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregionali, evidenziando per ogni struttura numero di utenti, giornate di degenza e retta giornaliera.	N° 2 report semestrali	5
8	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 32/2021 sui programmi di spesa e rispetto del buget assegnato sullo straordinario. 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.	10
9	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	5
10	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni con le Strutture afferenti al Dipart. verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codice di Comportamento. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

Il RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021	11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia		
CdR	DIREZIONE DIPART. DI SALUTE MENTALE/CSM		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/02 e mantenimento del relativo budget di spesa	1) 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 2) Mantenimento budget anno 2020 salvo inserimenti disposti dall'Autorità giudiziaria	10
2	Attuazione di un piano operativo immediatamente esecutivo, finalizzato a definire soluzioni guida ad intensità differenziata, personalizzate e condivise con il paziente ed i suoi familiari, sia per riportare all'interno del territorio quelli degenti in strutture extra ASL FG, sia per dare pratica attuazione a percorsi riabilitativi.	1) Relazione sulla situazione entro il 30/07/2020; 2) pianificazione interventi e riduzione del 30% dei pazienti fuori ASL	5
3	Governo della spesa verso comunità terapeutiche esterne o interne al territorio del CIM, evidenziando per struttura accreditata, il numero di utenti, le giornate di degenza, la retta giornaliera ove definita. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale con mantenimento o riduzione dei giorni di degenza in struttura	1) N° 4 report trimestrali al controllo di gestione; 2) dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative subordinata alla condizioni di emergenza Covid-19	5
4	Presenza in carico dei pazienti autori di reati anche precedentemente inseriti in Rems	1) n° di pazienti presi in carico 2) Elaborazione ed attuazione dei PTRI (Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati)	5
5	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	≥ 10,82	5
6	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 arretti da USA in trattamento riabilitativo rispetto al 2020 2) Mantenimento delle prestazioni erogate tramite il CAT	5
7	Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale e domiciliare anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012	Mantenimento dei livelli assistenziali	5
8	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.	Predisposizione di manuale per regolamentare l'erogazione delle prestazioni da remoto	10

2021**11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia**

9	Redazione Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo Edotto	% Piani terapeutici informatizzati > del 90% del totale	5
10	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	5
11	Riduzione del numero dei ricoveri ripetuti (revolving door) rispetto all'anno precedente.	Valutazione trimestrale del numero e della prevalenza dei ricoveri "revolving door" rispetto all'anno precedente	5
12	Riduzione delle liste di attesa per visite ambulatoriali e per consulenze in reparto	1) istituzione delle agende 2) riduzione dei tempi di attesa inferiore a 60 gg	5
13	Riduzione del numero assoluto e del tasso percentuale di TSO.	Valutazione del numero e della prevalenza sul numero totale dei ricoveri (valutazione trimestrale)	5
14	Applicazione di modelli condivisi della rete di rapporto SPDC - Territorio, con particolare attenzione alla disponibilità di posti letto dedicati al territorio competente e di equipe territoriale che visitino i propri assistiti ricoverati, anche attraverso contatto " da remoto", entro la data di dimissione i propri assistiti ricoverati.	Formulazione di un protocollo di gestione condiviso	5
15	Miglioramento della qualità dei servizi offerti alla famiglie degli utenti con particolare riferimento alla gestione dello Stress e del Trauma familiare ed individuale attraverso tecniche psicoterapeutiche Evidence Based, tra le quali EMDR, utile anche per l'assistenza psicologica sia nell'attuale contesto dell'Emergenza Covid-19 sia nel post emergenza (Competenza del Servizio di Psicologia Clinica)	1)Organizzazione di "Attività di ascolto psicologico telefonico" per la gestione dell'emergenza Covid-19; 2) Progetto di formazione su Tecniche Psicoterapeutiche e di Supporto Psicosociale specifiche per la gestione dello Stress e del Trauma , tra le quali l'EMDR	10
16	Formazione ai dipendenti sull'utilizzodei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamentti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	5
17	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021) , del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codice di Comportamento. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	5

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021		12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia	
DIREZIONE DIPARTIMENTO			
	OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Adozione Piano Regionale della Prevenzione	Adozione Piano aziendale attuativo del PRP (SI / NO)	10
2	Promozione della Salute nelle Scuole	Presentare dettagliata relazione sulle attività svolte in seno al GIA (SI / NO)	15
3	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	10
4	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 32/2021 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.	10
5	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. 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.	Assegnazione dei relativi Budget per singolo Servizio / UOC e monitoraggio sul rispetto degli stessi	5
6	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021) e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati con le Strutture afferenti al Dipartimento relativi al PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. Verifica dell'adeguamento agli adempimenti in	10
7	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento di cui alla delibera n. 26/2017 e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al Cod. di Comport. ed attività poste in essere per il rispetto dello stesso.	10
8	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
9	Collaborazione di tutte le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19 (Ispezioni, tracciamento, comunicazioni per esecuzioni tamponi, ecc..)	Relazione dettagliata	20

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA – SISP		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antinfluenzale per anziani.	Pianificazione e coordinamento dell'attività attraverso incontri verbalizzati con i MMG (almeno n. 3) al fine di di realizzare l'obiettivo regionale previsto	5
2	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione MRP	N. bambini vaccinati MPR/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (Ind. MES B7.1). 85% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 02.01.02)	5
3	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Papilloma Virus (HPV)	Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (Ind. MES B7.3).75%	5
4	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antimeningococcica	N. bambini vaccinati Antimeningococco/N. bambini residenti nel territorio di competenza che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (Ind. MES B7.5).80%	5
5	Screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon -retto)	Attività di coordinamento Centro Screening:estensione- invio inviti Screening mammografico ca.mammella-estensione 18,20% Screening citologico ca. utero- estensione 15,21% Screening ca. colon retto-estensione 36,00%	5
6	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 = 100%	5
7	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 = 100%	5
8	Informatizzazione dei dati vaccinali della popolazione residente nell'ASL. Garantire in tutte le sedi vaccinali la corretta gestione dell'attività vaccinale tramite l'utilizzo del software, fornire adeguata assistenza nelle sedi periferiche per Informatizzazione dei dati vaccinali della popolazione residente nell'ASL. Garantire in tutte le sedi vaccinali la corretta gestione dell'attività vaccinale tramite l'utilizzo del software, fornire adeguata assistenza nelle sedi periferiche per eventuali problemi legati all'utilizzo del software; rendere operativo nelle sedi distrettuali il programma di chiamata attiva.	1) Elaborazione di dati statistici informatizzati per l'attività vaccinale per le sedi informatizzate; 2) organizzare incontri di formazione con gli operatori che ancora non utilizzano il software.	5

9	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 $\geq 25\%$. 2) Fornire elenco delle strutture da controllare e dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.	5
10	Sorvegliare gli eventi avversi al vaccino anti meningococco B (obiettivo di durata triennale)	Arruolare annualmente N° 200 bambini per l'intera ASL, da sottoporre a vaccinazione. Di almeno 100 bambini (50% dei soggetti arruolati) dovrà pervenire diario clinico di sorveglianza settimanale. N° 100 diari clinici di sorveglianza acquisiti su 200.	5
11	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 = 1; 2) N° di allerta inviati in regione / N° malattie da segnalare come allerta = 1	5
12	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza di tutti gli operatori il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza	5
13	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale al personale sanitario	Ordine di acquisto e consegna alle strutture sanitarie previste dal programma regionale delle dosi di vaccino programmate. Supporto per l'adempimento dell'obbligo informativo sulla piattaforma GIAVA-COVID	10
14	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
15	Coordinamento e collaborazione con tutte le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19 (Ispezioni, tracciamento, comunicazioni per esecuzioni tamponi, ecc.)	Relazione dettagliata	20

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

SERVIZIO DI IGIENE degli ALIMENTI - SIAN			
CdR	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Stilare un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per l'anno successivo	SI /NO	5
2	<p>CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG</p> <p>a) Controllo Ufficiale (C.U.) - ispezioni su OSA</p> <p>b) C.U. Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.</p> <p>c) Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro.</p> <p>d) Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia.</p> <p>e) Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande.</p> <p>f) Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare.</p> <p>g) Verifica qualità delle acque destinate al consumo umano.</p> <p>h) Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande.</p> <p>i) Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi</p>	<p>a) Esiti del Controllo Ufficiale su base annua; b) rappresentazione sintetica dei Controlli Ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla primagrammazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC)</p> <p>Semestralmente Controlli Ufficiali espletati/Controlli Ufficiali da effettuare</p>	20
3	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)	5
4	Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati con evasione di tutte le richieste. Attività formativa rivolta agli addetti alla ristorazione collettiva.	1) Report annuale su attività svolta.2) Almeno n° 1 corso/anno	10
5	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	10

6	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	10
7	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.	10
8	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	10
9	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
10	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione dettagliata	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	SERVIZIO di PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO - SPESAL		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Report indicatori sentinella di cui al PRP 2014-18 riferito all'anno 2020	SI / NO	10
2	Rilevazione nell'applicazione e nell'erogazione dei LEA secondo il seguente schema regionale e rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità di Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del trimestre: Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro 1) N° cantieri notificati (art.99 D.Lgs81/08) 2) N° complessivo di cantieri ispezionati 2.1) di cui non a norma al 1° sopralluogo 3) N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione 4) N° sopralluoghi complessivamente effettuati 5) N° totale verbali 6) N° totale verbali con prescrizioni 758, sanzioni amministrative, ecc... 7) N° violazioni 8) N° sequestri 9) N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs 81/08 10) N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto e N° notifiche Attività di igiene industriale 1) N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale 2) N° campionamenti effettuati 3) N° misurazioni effettuate Inchieste infortuni 1) N° inchieste infortuni concluse 2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento Inchieste malattie professionali 1) Inchieste malattie professionali concluse 2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento	Report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti. Obiettivo 2021: numero di cantieri da vigilare = 150 Obiettivo 2020: numero cantieri ispezionato x amianto = 20 N° aziende in cui valutare esposizione a Vibrazione=1 N° aziende in cui effettuare rilevazione Fonometriche=1 Obiettivo 2021: numero inchieste infortuni = 90 Obiettivo 2021: numero inchieste malattie professionali= 10	40

	<p>Pareri</p> <p>1) N° pareri</p> <p>2) N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione dei pareri</p> <p>Attività sanitaria</p> <p>1) Numero di altre visite effettuate dallo SPESAL di propria iniziativa o su richiesta</p> <p>2) N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie</p> <p>3) N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente</p> <p>Attività di assistenza</p> <p>1) N° interventi di informazioni/comunicazioni per gruppi di lavoratori esposti a rischi specifici</p> <p>2) N° sportelli informativi dedicati</p> <p>3) N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc...) con le figure aziendali per le prevenzioni</p> <p>Attività di formazione</p> <p>1) N° ore di formazione</p> <p>2) N° persone formate</p>	<p>N° richieste pareri evase / N° richieste pareri pervenute = 100%</p> <p>N° richieste pareri con sopralluogo evase / N° richieste pareri con sopralluogo pervenute = 100%</p> <p>Obiettivo 2021 =20</p> <p>N° ricorsi evasi / N° ricorsi pervenuti = 100%</p> <p>N° 2 interventi</p> <p>N° 2 sportelli (Amianto e Stress Lavoro Correlato)</p> <p>N° 2 interventi</p> <p>Obiettivo 2021 per ore di formazione =100 ore</p> <p>N° 150 persone</p>	
3	<p>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.</p>	<p>Relazione con indicazione di Aziende aderenti ; incontri con management aziendali</p>	15
4	<p>Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa</p>	<p>Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza di cui alla delibera n. 1520/2020e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti</p>	10
5	<p>Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio</p>	<p>Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione</p>	10
6	<p>Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19</p>	<p>Relazione dettagliata</p>	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	SIAV AREA A -		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	<p>Attuazione Ordinanza Ministero della Salute ORDINANZA 13 maggio 2019⁹ 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)</p> <p>eradicazione della la brucellosi (BRC) negli allevamenti bovini/bufalini</p> <p>eradicazione della brucellosi (BRC) negli allevamenti ovini/capri</p> <p>eradicazione della tubercolosi (TBC) negli allevamenti bovini/bufalini,</p> <p>eradicazione della Leucosi bovina enzootica (LEB) negli allevamenti bovini/bufalini</p>	<p>N° Allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare=100%</p> <p>N° Allevamenti bovini controllati per BR / N° totale allevamenti bovini da controllare = 100 %</p> <p>N° Allevamenti ovini controllati per BRC / N° totale allevamenti da controllare = 100 %</p> <p>N° Allevamenti controllati per TBC / N° totale allevamenti da controllare= 100 %</p> <p>N° Allevamenti controllati per LEB / N° totale allevamenti da controllare=100 %</p>	15
2	<p>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</p> <p>Influenza Aviaria:(Piano di sorveglianza per l'influenza aviaria ordinanza 10 dicembre 2010-piano di sorveglianza 2020. Registrazione in BDN di tutte le aziende a carattere commerciale che detengono volatili da cortile e tutte le aziende a carattere non commerciale che allevano un numero di capi superiore a 50. Verifica applicazione misure di biosicurezza negli allevamenti avicoli.</p> <p>Salmonellosi aviaria:(Piano Nazionale di controllo delle salmonellosi nota regionale 20 febbraio 2019 prot. 937): prelievi ai fini del Piano nazionale di monitoraggio</p> <p>"scrapie", indagine conoscitiva di genotipizzazione della proteina prionica nella popolazione ovina nazionale</p> <p>"scrapie", Piano di selezione genetica nella popolazione ovina per la resistenza alle Est-Ovine</p> <p>"Encefalopatia spongiforme bovina (BSE):prelievi di obex in azienda su bovini morti di età superiore a 48 mesi.</p> <p>"malattia vescicolare dei suini: campionamento sierologico come da nota Ministero della salute n. 1663-24/01/2020</p> <p>Anemia infettiva degli equini: (area a rischio basso per AIE) controllo degli equidi di età superiore a 12 mesi esclusivamente in caso di spostamento ("ai fini della introduzione") verso qualsiasi concentrazione di equidi, comprese le stalle di privati cittadini costituite da un solo animale.</p> <p>peste suina africana: attività di sorveglianza passiva nel domestico e nel selvatico come previsto dal piano sorveglianza PSA</p> <p>rabbia: controlli previsti in caso di morsicatura</p>	<p>Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2020</p> <p>N° controlli da effettuare/N° controlli effettuati</p> <p>N° campioni effettuati/N° campionamenti previsti nota regionale 20 febbraio 2019 prot.937.</p> <p>n° campioni effettuati/N° campioni assegnati</p> <p>N° campioni effettuati/n° prelievo di sangue montoni da effettuare</p> <p>N° campioni effettuati/n° interventi richiesti</p> <p>N° campioni effettuati/n° prelievi da effettuare</p> <p>N° campioni effettuati/n° prelievi da effettuare</p> <p>N° campioni effettuati/N° segnalazioni ricevute/</p> <p>N° controlli effettuati/numero denunce ricevute</p>	20

	con controllo della movimentazione (compreso transumanza) e sorveglianza epidemiologica negli allevamenti infetti: movimentazione capi infetti, per compravendita, la introduzione di animali dall'estero e la transumanza extraregionale, movimentazione per alimentazione con assegnazione codici pascolo:	Relazione sulla situazione . n° nuovi allevamenti infetti/N° indagini epidemiologiche effettuate=100	
	Sorveglianza sanitaria sugli allevamenti di acquacoltura: verifica episodi di mortalità nelle specie ittiche; Rilascio l'autorizzazione sanitaria (D.lgs 148/2008 art 4; D.M. 3 agosto 2011); qualifica sanitaria (categoria)	Relazione sulla situazione	
3	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	aziendeallevamenti inseriti in BDN/aziende con georeferenziazione; allevamenti attivi/allevamenti con qualifica sanitaria = 100%	10
	controllo sugli allevamenti bovini-bufalini, in materia di identificazione e registrazione degli animali	il 5% degli allevamenti registrati in BDN a inizio anno	
	controllo sugli allevamenti ovini-caprini, in materia di identificazione e registrazione degli animali	il 5% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno	
	controllo sugli allevamenti SUINI, in materia di identificazione e registrazione degli animali	il 5% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno	
	controllo sugli allevamenti EQUIDI, in materia di identificazione e registrazione degli animali	il 7% degli allevamenti registrati in bdn con più di 1 capi	
	controllo sugli allevamenti AVICOLI, in materia di identificazione e registrazione degli animali	il 10% degli allevamenti registrati in bdn con più di 250 capi	
	controllo sugli allevamenti API, in materia di identificazione e registrazione degli animali	1% di tutti gli allevamenti di api registrati in banca dati nazionale	
4	Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina aggiornando puntualmente l'anagrafe canina. Denunce per aggressioni da cani randagi . Controlli sui canili sanitari e sui rifugi.	cani randagi catturati identificati/ cani randagi catturati ed iscritti all'Anagrafe canina Regionale = 100% N° canili sanitari/n° controlli=30%	10
5	Avvio progetto " Zero cani in canile"	N° cani randagi recuperati/ n° cani non ricoverati in canili danitari e/o rifugi= 10% (su 100 cani recuperati almeno	10
6	Miglioramento dell'attività di inserimento dati in SIMAN - sistema informativo malattie animali nazionale (vetinfo) al fine di gestire in maniera omogenea le informazioni sui casi di focolai di malattie infettive, le conseguenti indagini epidemiologiche	Report annuale	5
7	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza di cui alla delibera n. 1520/2020 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10
8	Formazione ai dipendenti sull'utilizzodei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamentti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
9	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerti la pandemia Covid-19	Relazione dettagliata	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR		SIAV AREA B -	
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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	20
2	<p>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</p> <p>a) Ispezione negli impianti di macellazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> · precisa gestione dell'Anagrafe degli Equidi con controlli della regolarità dell'identificazione e dei passaporti; verifica delle rimozioni dei microchips identificativi e relativa custodia; cura del corretto e puntuale scarico in BDN degli equidi macellati; · precisa gestione dell'Anagrafe dei Bovini con controlli della regolarità dell'identificazione e della documentazione di scorta, secondo le disposizioni del Ministero, emanate a seguito dell'eliminazione dell'obbligo del passaporto; cura del corretto e puntuale scarico in BDN dei bovini macellati; · adempimenti circa l'Anagrafe Ovi-caprina; · regolarità delle registrazioni e dei suini macellati in BDN; · verifiche del rispetto delle disposizioni sul benessere e la protezione degli animali durante il trasporto e la macellazione, con la compilazione delle apposite check list; · categorizzazione degli stabilimenti in base al rischio con il numero di controlli ufficiali secondo la relativa classe di rischio; · controlli circa le corrette modalità di smaltimento dei sottoprodotti in base alle vigenti disposizioni normative; · controlli circa le modalità operative (accreditamento di laboratori interni o convenzioni con laboratori esterni) e la puntuale esecuzione della ricerca delle Trichine in ogni capo suino o equino macellato; · prelievo di campioni per la verifica dei criteri di igiene applicabili alle carcasse di ungulati, secondo le normative vigenti; <p>b) Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;</p> <p>c) Audit e/o ispezioni nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale (Reg. CE 853/04);</p> <p>d) Monitoraggio della presenza di biotossine alagali, salmonella spp, E. Coli, radionuclidi e metalli pesanti nelle zone di produzione dei molluschi bivalvi;</p> <p>e) Audit e/o ispezioni stabilimenti riconosciuti/registrati settore uova, ovoprodotti, cosce di rana e lumache-macellazioni suini a domicilio</p> <p>f) Valutazione degli esiti analitici ed informazione delle azioni esecutive e/o provvedimenti ai responsabili degli Stabilimenti nei casi di non conformità</p> <p>g) Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione;</p>	<p>a) Invio elenco aggiornato; b)</p> <p>Pianificazione delle verifiche su base annua; c)</p> <p>rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nell'anno precedente, con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. (entro entro 31/03 dell'anno successivo).</p> <p>report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.</p>	40

3	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) 2021	Relazione su base annua	10
4	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza di cui alla delibera n.1520/2020 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10
5	Formazione in videoconferenza e/o in presenza sul corretto uso dei DPI nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio al personale operante negli impianti di macellazione e stabilimenti riconosciuti (Reg. CE 853/04) dipendenti asl e privati	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
6	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	SIAV AREA C		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Stilare un bilancio aggiornato sui livelli di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, sulle eventuali azioni da intraprendere ed intraprese.	Relazione da presentare entro entro il 31/12/2020	5
2	Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario: controllo e registrazione ricette.	N° impianti da controllare (da 388 a 763)/nu mero totale di impianti soggetti a controllo (2474) 100%rispetto alla programmazione regionale e di ASL Fg	10
3	<p>CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia 2017-2018 e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG</p> <p>a) Atti di farmaco-sorveglianza:farmacie,depositi all'ingrosso, armadietti farmaceutici, schede compilate;</p> <ul style="list-style-type: none"> · Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari (100%); · Vidimazione registri medicinali:trattamenti, scorta, carico-scarico, estrogeni tireostatici (100%); · Atti di farmaco-sorveglianza sulle prescrizioni per mangimi medicati e mangimi preparati in azienda; · N° -....prescrizioni per mangimi medicati. <p>b) Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Istanze di registrazione Reg. CE183/05 (50%); · Istanze di riconoscimento Reg. CE 183/05. Istruttoria (50%); · Raccolta informazioni su mangimi utilizzati in azienda-schede compilate (50%); <p>c) Controllo e vigilanza sulla produzione animale;</p> <p>d) Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero casearie;</p> <p>e) Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione;</p> <p>f) Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica;</p> <p>g) Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione.</p>	<p>N° ricette registrate e controllate/ N° ricette pervenute = 100%</p> <p>a) N° impianti da controllare (da 412a 821)/N° totale impianti(2783)</p> <p>b) rappresentazione sintetica dei controlli ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione regionale (PRIC) e di ASL FG(PLC) , come da relazione finale del 28/12/2021</p> <p>a) Esiti del controllo su base annua b) rappresentazione sintetica dei controlli ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione regionale (PRIC) e di ASL FG(PLC) , come da relazione finale del 28/12/2021</p>	40

4	Migliorare il tasso di esecuzione delle sentenze sfavorevoli di condanna: fornire informativa documentata alla Struttura Burocratico-legale entro 25 gg. dal ricevimento della richiesta per la relativa opposizione entro i termini di legge.	SI/NO in contraddittorio con la SBL	5
5	Progetto Obiettivo interdisciplinare (SIAV C e SIAV B) Controllo dell'intera filiera e dell'utilizzo e dello smaltimento delle reti nelle attività di Molluschicoltura	Relazione su base annua	5
6	Progetto obiettivo interdisciplinare (SIAV C e SIAV B) Antibioticoresistenza controllo dell'uso degli antibiotici negli allevamenti e verifica negli alimenti di origine animale	Relazione su base annua	5
7	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza di cui alla delibera n. 1520/2020 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10
8	Formazione ai dipendenti sull'utilizzodei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
9	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021

13 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO TERRITORIALE - ASL FG Foggia

CdR

DIREZIONE DIPARTIMENTO
FARMACEUTICO SERVIZIO TERRITORIALE

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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 203/2021	Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica convenzionata di cui alla DGR 203/2021	10
2	Recupero della spesa farmaceutica a favore dei pazienti stranieri domiciliati nell'Asl Foggia reattivamente all'anno 2020	Relazione dettagliata	10
3	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto = 164 euro	10
4	Attività di monitoraggio nei confronti dei medici prescrittori relativamente all'utilizzo di farmaci vincitori di gare/accordo quadro regionali	Relazione dettagliata con l'indicazione della % d'incidenza dei farmaci vincitori di gara nei pazienti naive e nei pazienti on going	15
5	Attività di controllo sull'utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	Relazione dettagliata con l'indicazione della % delle richieste di rimborso rispetto al totale dei trattamenti chiusi effettivamente	10
6	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	10
7	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5
8	Incremento del controllo della ricette farmaceutiche ssn, dpc	10% in più rispetto all'anno 2020	10
9	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	10
10	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021) , del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codice di Comportamento. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE
IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021	14 - SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO - ASL FG Foggia		
CdR	DIREZIONE AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gare/accordo quadro regionali nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	% Incidenza dei farmaci vincitori di gara nei pazienti naive 95% e nei pazienti on going 60%	8
2	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione dei consumi rispetto al 2020	10
3	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera/ambulatoriale nel rispetto delle normative anti -Covid 19	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico = 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia	5
4	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA e controllo delle dispensazioni nel paziente Covid-19	1) Chiusura dei trattamenti non più rilevati dopo 120gg (dopo 30gg per Remdesivir) 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%	10
5	Appropriatezza prescritta attraverso il controllo delle somministrazioni sul portale Edotto dei farmaci di fascia H, albumina, epoietine, antipsicotici long acting ,farmaci ad alto costo	Relazione	10
6	Gestione del rischio clinico nei reparti ospedalieri	Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali	5
7	Segnalazione delle reazioni avverse da farmaco	Vigilanza post somministrazione vaccino anti-Covid 19 nei reparti/servizi ospedalieri	10
5	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	7
9	Piano operativo per la razionalizzazione quali/quantitativa dei DPI in emergenza Covid-19 in concerto con le direzioni mediche di presidio ed i medici competenti	Relazione dettagliata	10
10	Attivazione e monitoraggio del conto deposito	SI/No	10
11	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	10
12	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021) , del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codice di Comportamento. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	5

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021	15 - COORDINAMENTO EMERGENZA / URGENZA - ASL FG Foggia		
CdR	COORDINAMENTO EMERGENZA / URGENZA		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Predisporre, entro il 30 marzo di ciascun esercizio, una relazione che evidenzi l'attività svolta da ciascuna postazione della rete nell'esercizio precedente, raggruppando gli interventi per codice e nel caso, luogo di ricovero del paziente.	N° 1 report annuale	5
2	Fornire, per postazione, con frequenza trimestrale, il rendiconto delle attività erogate suddiviso per tipologia di intervento e luogo di ricovero del paziente	N° 4 Report trimestrali	5
3	Intervallo allarme - Target dei mezzi di Soccorso	Miglioramento performance 2020	10
4	Rendiconto degli interventi con elisoccorso: trasporto di pazienti non appartenenti all'ASL suddiviso per ASL competente ai fini della richiesta di Mobilità attiva.	N° 2 Report semestrali	10
5	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture - Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP), calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014.	Indicatore di tempestività dei pagamenti = 0	10
6	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 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.	10
7	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. 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.	5
8	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalle Deliberazioni di G.R.	10
9	Formazione BLS/D in accordo con la struttura Formazione	Organizzazione di almeno n° 5 corsi di formazione per il personale ASL FG	10
10	In collaborazione con Dipartimento di Prevenzione attività di monitoraggio di tutto il personale 118 (sanitaservice e associazioni di volontariato) al fine del tracciamento dei contatti	Relazione	10
11	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	10
12	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021) , del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codice di Comportamento. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	5

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021	17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia		
CdR	AREA GESTIONE RISORSE UMANE		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento dei budget dello straordinario, delle indennità chilometrica e reperibilità. 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	Trasmissione reportistica trimestrale al CDG e alle Strutture.	5
2	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente= 100%	5
3	Monitoraggio continuo del Fabbisogno del personale anche alla luce del maggior fabbisogno di personale richiesto dallo stato di emergenza dovuto al Covid-19	SI/NO: in attuazione delle disposizioni regionali / ministeriali	5
4	Effettuazione delle Procedure di Arruolamento del Personale secondo cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica, nonché delle procedure di arruolamento speciale necessarie per garantire la continuità assistenziale nelle strutture Covid correlate, ai sensi della normativa speciale emergenziale	Rispetto del Cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 70%	15
5	Migliorare il tasso di esecuzione delle sentenze sfavorevoli di condanna (decreti ingiuntivi): fornire informativa documentata alla Struttura Burocratico-legale entro i termini fissati dalla struttura stessa nella nota di trasmissione del decreto ingiuntivo	SI/NO in contraddittorio con la SBL	5
6	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento sui conti che confluiscono nel budget assegnato (convenzioni) e pubblicazione sul sito aziendale	Indicatori di tempestività dei pagamenti: 1. emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 25 giorni dalla data di registrazione fattura per la parte dei rapporti a convenzione per i quali il pagamento è a presentazione fattura; 2. per le case di cura private accreditate, adeguamento alle disposizioni regionali	5
7	Pagamento delle Competenze Accessorie del personale negli stipendi del secondo mese successivo alla competenza	Pagamento del 95% entro i termini	10
8	Applicazione degli istituti previsti dalla Contrattazione Aziendale Integrativa del Comparto	Rispetto del Cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	10
9	Definizione dalla Contrattazione Aziendale Integrativa per la Dirigenza	SI/NO	10
10	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento (del.26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Cod. di Comport. a tutti i dipendenti ed attività poste in essere per il rispetto dello stesso.	5
11	Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilancio (PAC) aziendale	Adeguamento alle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo - contabili adottato con delibera DG n.914/2016 = SI / NO	5
12	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	10
13	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR				AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE	
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso		
1	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del Dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5		
2	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. 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.	5		
3	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n.32/2021 sui programmi di spesa. Predisposizione di procedure di Controllo e 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.	15		
4	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.	10		
5	Monitoraggio situazione debitoria anni pregressi 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	10		
6	Registrazione fatture entro 10 gg lavorativi dal ricevimento	Media (Data registrazione fattura - Data ricevimento)	10		
7	Deflazionamento del contenzioso	1) Procedure condivise con SBL e AGRU	5		
8	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.	> 80% dei contenzioso	10		
9	Aggiornamento e attuazione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio)	Adeguamento alle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo - contabili adottato con delibera DG n.914/2016 = SI / NO	10		
10	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalle Deliberazioni di G.R.	10		
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTC e il Codice di Comport.T. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10		

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	AREA GESTIONE TECNICA		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del Dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del Dipendente = 100%	5
2	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. 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.	5
3	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 32/2021 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 entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre 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.	10
4	Avanzamento del Piano Pluriennale degli Investimenti per Interventi infrastrutturali a valere sui fondi POR 2014-2020 e con altri finanziamenti esterni alla ASL secondo Cronoprogramma definito con la Direzione Strategica	Predisposizione su ciascun finanziamento del quadro economico di attuazione. Relazione mensile sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	15
5	Capitalizzazione dei costi di manutenzione straordinaria siano essi in amministrazione diretta o affidati.	Rendiconto entro il 31 gennaio 2021 delle commesse chiuse e delle commesse aperte.	5
6	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	100%	5
7	Regolarizzazione degli Adempimenti IMU -TARI	Ultimazione della regolarizzazione	10
8	Gestione del Patrimonio Immobiliare: Regolarizzazione della situazione catastale degli immobili	1) Definizione di un Piano per la regolarizzazione catastale	5
9	In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente ricorso a Consip Spa e altri soggetti per lo svolgimento delle relative procedure di adesione (D. Lgs. 50/2016)	Valore degli acquisti attraverso convenzioni > 2019	5
10	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. 20 giorni dalla data di ricezione del provvedimento.	10
11	Adozione del Piano triennale per la verifica dei requisiti ai fini dell'accreditamento istituzionale ed esecuzione dello stesso entro i tempi e modi stabiliti	Predisposizione Piano entro i tempi e i modi stabiliti. Relazione semestrale che evidenzia lo stato di attuazione.	5
12	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	10
13	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Cod. Comport.. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR		AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO	
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
2	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. 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.	5
3	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 32/2021 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 entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre 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.	5
4	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato, in attuazione e secondo i criteri della normativa vigente, le ASL, afferenti tutte le categorie di beni e servizi nonché per le soglie individuate entro il 31 dicembre di ogni anno con apposito DPCM, ricorrendo a Consip SPA e agli altri Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure di acquisto. Per tutte le altre procedure, le ASL sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, attenendosi alle convenzioni-quadro stipulate da Consip SPA.	Relazione mensile sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	10
5	Indizione ed espletamento, entro la fine del corrente anno, della Procedura aperta (delibera aggiudicazione) di cui all'art.60 del D.leg.vo n.50/2016 e ss.mm.ii.in forma telematica, ai sensi dell'art.58 del medesimo decreto, per l'affidamento del servizio di TESORERIA e CASSA dell'ASL FG	Indizione ed espletamento della procedura di affidamento	10
6	Proposta di aggiudicazione della procedura telematica per l'affidamento delle forniture di dispositivi di protezione individuale occorrenti all'ASL Foggia	Aggiudicazione entro il 30 aprile 2021	10
7	Proposta di aggiudicazione della procedura telematica per l'affidamento delle forniture, in service, di n° 6 sistemi analitici automatizzati di diagnostica decentrata denominati POCT, nuovi di fabbrica e di ultima generazione, in grado di eseguire gli esami di chimica clinica, il dosaggio dei marcatori cardiaci, l'esame emocrocitometrico completo di formula leucocitaria a tre popolazioni, la misurazione del p/inr e n°7 apparecchi per emogasanalisi e servizi correlati	Aggiudicazione entro il 30 aprile 2021	10
8	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).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	10
9	Regolarizzazione delle comunicazioni e dei flussi informativi all'ANAC	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previsti dall'ANAC	5
10	Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilancio (PAC) aziendale	Adeguamento alle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo - contabili adottato con delibera DG n.914/2016 = SI / NO	5
11	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	10
12	Tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi devono essere resi pubblici sul sito aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.	Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti (da individuare)	5
13	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Cod. di Comport. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	AREA COORDINAMENTO DEI SERVIZI SOCIO SANITARI		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Gestione dei rapporti convenzionali con gli Enti Locali e le strutture socio-sanitarie accreditate per erogazione delle prestazioni socio-sanitarie	N° verifiche effettuate / n° verifiche programmate = 100%	10
2	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 e della ripartizione delle risorse tra Fondo Sanitario Nazionale e Fondo delle Politiche Sociali	Report annuale e proposta di delibera in collaborazione con i DSS e il Dipartimento di Riabilitazione	15
3	Verificare, controllare, liquidare e rendicontare le attività svolte presso le strutture territoriali presenti ed operanti nella ASL FG entro i tempi stabiliti dalle norme	Rendicontazione semestrale nell'ambito del proprio budget	10
4	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA)	Sottoscrizione nei termini compatibili con la normativa degli accordi secondo lo schema-tipo di riferimento (per RSA ed RSSA a scadenza contratto) o autorizzazioni all'ingresso come da DGR 1006/2020 e 1409/2020 (Si/No)	10
5	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 32/2021 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 entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre 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.	5
6	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: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla validazione della richiesta di pagamento da parte dei DSS	15
7	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	SI/NO	10
8	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	SI/NO (relazione)	5
9	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10
10	Implementare il sistema di monitoraggio delle attività dei DSS per le singole tipologie di prestazione (residenziale e semiresidenziale anziani e disabili)	SI/NO	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2018 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR

S.C. BUROCRATICO LEGALE

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Deflazionamento del contenzioso	Uniformità di difese, ove possibile, per contenziosi aventi lo stesso titolo del giudizio	10
2	<p>Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione <u>per ciascuna procedura, qualora sia quantificato nel giudizio dalle competenti aree coinvolte nel contenzioso:</u></p> <p>a) Legale incaricato; b) stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali); c) fase del contenzioso; d) percentuale di rischio di soccombenza; e) altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione.</p>	Inventario aggiornato Si/NO	10
3	<p>Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso, relative all'Ufficio sinistri, suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione <u>per ciascuna procedura qualora sia quantificato nel giudizio dalle competenti aree coinvolte nel contenzioso:</u></p> <p>a) Legale incaricato; b) stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali); c) eventuale copertura del danno nel caso di assicurazioni; d) fase del contenzioso; e) percentuale di rischio di soccombenza f) altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione.</p>	Inventario aggiornato Si/No	10
4	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 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 entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre 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.	15

5	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. 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.	10
6	Rispetto degli adempimenti reattivi alle Gestioni Liquidatorie (per SBL e US)	Rendiconti trimestrali sulla spesa e sullo stato del contenzioso, inviate alla Regione Puglia e AGREF; costante adeguamento delle nuove procedure concordate con il competente ufficio regionale; report annuale delle delibere adottate dal Commissario Liquidatore con indicazione della spesa	10
7	Aumento delle cause affidate a legali interni e riduzione delle cause affidate ai legali esterni	numero cause affidate all'esterno / Numero cause totali	10
8	Potenziamento delle Azioni di miglioramento della Trasparenza Amministrativa (per SBL e US)	Predisposizione e aggiornamento di un Avviso per la formazione di elenchi di Avvocati del libero Foro cui conferire incarichi difensivi (SI/NO)	10
9	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codi. di Comportam. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR **S.C. CONTROLLO DI GESTIONE**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Piano dei Centri di Costo	Aggiornamento Piano dei Centri di Costo a seguito delle nuove Determinazioni aziendali periodico = SI/NO	15
2	Concorre 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 2020 e relative schede = SI/NO	15
3	Predisposizione nuovi modelli LA	SI/NO	15
4	Predisposizione nuovi modelli CP	SI/NO	15
5	Collaborazione e supporto alla Struttura Tecnica Permanente nella elaborazione della Relazione della Performance ai sensi dell'art. 10 Dlgs 150/2009.	SI /NO	10
6	Collaborazione e supporto con la Direzione Strategica nella elaborazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa ai sensi del Dlgs 150/2009.	SI /NO	10
7	Valutazione del grado di raggiungimento della Performance organizzativa e trasmissione atti all'Organismo Indipendente di Valutazione	Partecipazione alle sedute dell'OIV e supporto operativo = SI/NO	10
8	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codi. di Comportam. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR **SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Definizione dell'architettura di produzione delle basi dati Oracle ed implementazione di produzione del Clinical Data Repository (CDR) ISO-CEN EN -12967(HISA, "Health Informatcs Service Architecture") Popolamento delle tabelle statistiche	Completamento obiettivo - Relazione	5
2	Completamento impianti di cablaggio,reti locali e wi-fi (CONSIP LAN6) su Foggia via M. Protano e P.O. San Severo. Avviamento dei lavori su P.O. Manfredonia . Adesione CONSIP LAN	N. 2 sedi complete (Foggia M.Protano e P.O. San Severo) e n.1 sede avviata (P.O. Manfredonia)	10
3	Avvio esecuzione Appalto Specifico (Accordo Quadro multifornitore regionale) relativo alla fornitura di software e servizi di sviluppo, presidio, assistenza e manutenzione per il Sistema informativo Aziendale dell'ASL di Foggia	Relazione	10
4	Avviamento progetto Cup/Hospitality : - - Integrazione degli sportelli CUP con i servizi EDOTTO (Progetto Hospitality) ; - - Attivazione app IO; - - Ridifinizione ed organizzazione del servizio Unico Helpdesk a supporto del progetto Cup/Hospitality	Completamento obiettivo sul 50% degli sportelli ASL; Completamento integrazione CORO; Completamento riorganizzazione	10
5	Potenziamento Sistemi Informativi-Area Telecomunicazioni e Data Center: 1) Acquisizione tramite convenzione CONSIP Tecnologie Server per servizi critici presso i PP.OO.; 2) Migrazione su cluster dei servizi di archiviazione PACS	SI/NO	10
6	Potenziamento dei Sistemi Informativi:1) Diomedee: Integrazione di nuovi device per la diagnosi e il monitoraggio delle cronicità;2) Attuazione utilizzo Cartella clinica multiprofessionale territoriale;3) Completamento Portale di Ritiro Referti radiologici;4) Completamento Portale Dati per supporto alla Direzione Strategica nella gestione dell'Emergenza Covid-19 ;5) Attivazione del Percorso Nascita (Ospedale-Territorio): cartella clinica, app e televisite	Relazione che evidenzi il completamento	15

7	Potenziamento Sistemi Informativi: - Avvio processo di informatizzazione Consensi Clinici; - Avvio attività di adeguamento del software clinici alla normativa vigente	Relazione che evidenzi il completamento	10
8	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 32/2021 sui programmi di spesa e rispetto del buget assegnato sullo straordinario. 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.	10
9	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).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	5
10	Collaborazione con il Dpo per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR).	Relazione con indicazione del numero di incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento e relativi verbali .	5
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codi. di Comportam. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR **S.C. STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori).	Implementazione data base RT Provincia di Foggia e RTP. Analisi dati disponibili	20
2	Analisi demografica e dello stato di salute della popolazione dell'ASL Foggia.	Aggiornamento annuale.	10
3	Analisi epidemiologica delle cause di ospedalizzazione nella popolazione dell'ASL FG	Aggiornamento annuale	10
4	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 per il Controllo di Gestione	10
5	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	Relazione attività svolte	10
6	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. 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.	10
7	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	Relazione sulle attività svolte	10
8	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio.	Verifica ed inserimento in NSIS secondo le scadenze.	10
9	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codi. di Comportam. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia****CdR****S. S. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	In collaborazione con i referenti aziendali, individuati dalla Direzione Strategica nel verbale del 01/02/2021, attività di monitoraggio su: 1) spesa farmaceutica, 2) spesa protesica.	Confrontare per ogni tipo di spesa i report dei singoli distretti per intervenire eventualmente sui capitoli di spesa; verificare eventuali disomogenità di prescrezioni e documentare le eventuali contestazioni formali trasmesse ai distretti	10
2	In collaborazione con i referenti aziendali, individuati dalla Direzione Strategica nel verbale del 01/02/2021, attività di monitoraggio su rendicontazione mobilità internazionale e verifica recupero ticket prestazioni non effettuate	Relazione sulle attività svolte al fine di evitare rischi di danno erariale	10
3	In collaborazione con i referenti aziendali, individuati dalla Direzione Strategica nel verbale del 01/02/2021, attività di monitoraggio su attuazione contrattuale su assistenza domiciliare integrata (ADI)	Relazione con l'indicazione delle verifiche sullo stato dell'arte nei singoli distretti e sull'uniformità delle attività sul territorio provinciale. Rendicontazione amministrativa per singolo distretto.	10
4	In collaborazione con i referenti aziendali, individuati dalla Direzione Strategica nel verbale del 01/02/2021, procedere alla verifica amministrativa delle attività delle U.S.C.A. a seguito dell'emergenza sanitaria in atto.	Relazione contenente la rendicontazione delle attività e degli interventi per verificare l'utilizzo delle USCA ed in caso di sottoutilizzo le soluzioni organizzative adottate.	10
5	Mappatura degli archivi aziendali esistenti e verifica degli stessi finalizzata al miglioramento del sistema di conservazione documentale nelle more della apposita gara	Report annuali	10
6	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	SI/NO	5
7	Miglioramento delle misure per l'attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità, in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC); Aggiornamento della Relazione Annuale in collaborazione con il RPC	Verifica, attraverso attività di audit interna, dell'efficacia delle misure previste nel PTPCP; Periodica verifica dell'effettiva pubblicazione, da parte del Responsabile dell'attività, nelle apposite sezioni del sito web ASL FG	5

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

8	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 32/2021 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 entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre 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.	5
9	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. 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.	5
10	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).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	5
11	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,	10
12	Prima applicazione manuale di protocollo: 1) di gestione documentale; 2) predisposizione del titolare e del massimario di scarico	Si/No	5
13	Collaborazione con i Sistemi Informativi Aziendali per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR) e del Protocollo Informatico alle nuove regole dell'AGID	1)Numero di incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento;2) SI/NO	5
14	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codi. di Comportam. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	5

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR **S.S. FORMAZIONE**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Rilevazione per Macrostruttura dei fabbisogni formativi e predisposizione dell'analisi annuale dei bisogni formativi dell'Azienda (PAF annuale)	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo	15
2	Attivazione del software sulla gestione della formazione secondo un cronoprogramma stabilito con la GPI	Rispetto entro il 90% del cronoprogramma	15
3	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 32/2021 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 entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre 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.	5
4	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. 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.	5
5	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).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	5
6	Predisposizione programmi di addestramento all'uso dell'aula virtuale	Relazione	10
7	Far pervenire al termine di ogni attività formativa finanziata, una relazione completa sui lavori svolti, all'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità ed una dettagliata rendicontazione delle spese sostenute.	Inventario delle attività formative finanziate e rendicontazione delle spese sostenute. SI/NO	15
8	Predisposizione programma di addestramento all metodologia didattica a distanza	Relazione	10
9	Soddisfacimento delle richieste tirocini gratuiti e stage in Azienda	100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa	10
10	Realizzazione del Piano di accoglienza predisposto dall'URP che preveda la formazione di personale interno per accoglienza e accompagnamento dell'utenza agli sportelli Front-Office	SI/NO	10
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codi. di Comportam. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	5

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2018 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia****CdR****S.S. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Analisi sulla natura dei reclami pervenuti ed invito ai servizi competenti ad adottare le opportune misure atte a superare le criticità riscontrando al cittadino dopo aver acquisito informazioni dai servizi interessati nei tempi previsti dal regolamento di pubblica utilità	Riscontro al CdG con evidenza delle criticità non risolte e delle strutture non collaboranti. N°reclami pervenuti= N° reclami riscontrati	5
2	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	10
3	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico e diffusione dei servizi on-line	Campagna informativa e di sensibilizzazione nei confronti di tutti i medici prescrittori. Si/NO	5
4	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 32/2021 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 entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre 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.	5
5	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. 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.	5
6	Realizzazione progetto regionale "Hospitality" per la parte di competenza	SI/NO	5
7	Promozione e gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il portale della Salute.	Aggiornamento puntuale	5
8	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.	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	5

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

9	Attuazione metodo CO-MARKETING	Promozione di un rapporto a lungo termine tra brand che si aiutano a vicenda per reciprocità	5
10	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	5
11	Redazione del Piano di Comunicazione istituzionale e sua diffusione interna	Aggiornamento annuale	10
12	Proseguo formazione dei formatori in collaborazione con la struttura formazione, di personale interno ed esterno tramite modalità webinar basata su storytelling un modo "altro" per comunicare	SI/NO	5
13	Predisposizione atti Tavolo Tecnico Salute e Medicina di Genere, predisposizione atti Comitato Consultivo Misto e predisposizione atti Comitato Unico di Garanzia	N° riunioni effettuate -Report annuale	10
14	Predisposizione di wayfinding per sopralluoghi anticovid(segnaletiche, calpestabili, dispositivi di sicurezza)	SI/NO	5
15	Gestione pagina istituzionale facebook e attivazione pagina Instagram istituzionale	Aggiornamento continuo di immagini ed informazioni esterne ed interne	5
16	Donazioni liberali per emergenza Covid-19	N° atti predisposti	5
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e il Codi. di Comportam. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	5

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR

S.S. UVARP

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	1) Appropriatelyzza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera privata) R. O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali; 2) Appropriatelyzza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera diretta) R. O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali; 3) Appropriatelyzza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera riabilitativa post-acuzie privata) Riabilitazione codice 56)	1a)100% dei ricoveri "ad alto rischio di inappropriatezza" dando priorità a DH medici, parti cesarei, ipertensione, diabete, intervento di liberazione tunnel carpale e fratture di femore in pazienti con età > 65 anni.; 1b) Controlli analitici casuali significativi delle cartelle cliniche totali (30%); 2)Numero SDO verificate/numero SDO pervenute (5%); 3) Numero SDO verificate/numero SDO pervenute (20%).	20
2	Controlli Specialistica Ambulatoriale "File C" dell'I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza" S.Giovanni R.	Controlli almeno del 10% delle ricette	20
3	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario. 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.	5
4	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalle Deliberazioni di G.R.	5
5	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.	10
6	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (del. 476/2021), del Codice di Comportamento (del. 26/2017) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT e del Codice di Comportamento. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10
7	Controlli su laboratori privati accreditati che processano tamponi rino-faringei per i test molecolari per la diagnosi del virus SARS-VoV-2	Riscontrare tutte le richieste inviate dalla Regione Puglia	15
8	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione dal Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	15

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2021 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI