



**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” 2018

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 - Stornarella - 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 - Cariantino - Alberona - Panni - Motta Montecorvino - Faeto - Volturara Appula - Isole Tremiti - Celle di San Vito

2018

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

CdR	LABORATORIO ANALISI - OBIETTIVI QUANTITATIVI	peso
1	<p>Incremento e/o razionalizzazione delle prestazioni per interni</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni. Modalità di verifica/attuazione: Relazione dei reparti richiedenti le prestazioni.</p>	10
2	<p>Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90%</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali Costo del personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p>	10
3	<p>Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami esterni</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Consegna entro 4 gg esclusi esami microbiologici</p>	10
4	<p>Incremento performance dei Servizi</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni</p>	10
5	<p>Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto > 90%</p>	10
6	<p>Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e prestazioni aggiuntive. 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.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> 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.</p>	10
LABORATORIO ANALISI - OBIETTIVI QUALITATIVI		peso
1	<p>Unificare le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI / NO riscontro con il controllo di gestione e GPI</p>	10
2	<p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema.</p>	10
3	<p>Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati</p>	10
4	<p>Riorganizzazione della rete dei laboratori secondo le direttive delle DGR985/2017</p>	10

2018

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

CdR	CENTRO TRASFUSIONALE - OBIETTIVI QUANTITATIVI	peso
1	Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. assegnati <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno	10
2	Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore/risultato atteso:</i> il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo del personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10
3	Stipulare accordo/convenzioni con le Case di Cura private finalizzati alla cessione di emocomponenti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Almeno n. 1 convenzione/accordo	10
4	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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
CENTRO TRASFUSIONALE - OBIETTIVI QUALITATIVI		peso
1	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	5
2	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> Effettuare almeno n° 1 incontro-audit con ogni UU.OO. di degenza del PO di appartenenza registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi con presenza di un dirigente della direzione medica di presidio	10
3	Attività di promozione alla donazione di sangue e di tutela della salute <i>Indicatore/risultato atteso:</i> effettuare almeno n° 3 incontri con le scuole medie superiori ed inferiori e n° 3 seminari e conferenze	10
4	Promuovere il buon uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati attraverso la stesura di linee guida e procedure condivise, formazione del personale, coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie di Presidio nella corretta gestione delle frigo emoteche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) effettuare almeno n° 3 incontri di formazione del personale 2) effettuare n° 2 riunioni con la Direzione Sanitaria di Presidio finalizzate alla corretta gestione delle frigo emoteche	15
5	Mantenimento dell'Accreditamento dei CT <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10
6	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati	10

2018		1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia	
CdR	RADIODIAGNOSTICA - OBIETTIVI QUANTITATIVI		peso
1	Razionalizzazione delle prestazioni per interni e per esterni <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni e per esterni. Modalità di verifica/attuazione: Relazione dei reparti richiedenti le prestazioni e valutazione dei reclami pervenuti all'URP e alla direzione medica di presidio.	10	
2	Massimizzare l'utilizzo delle attrezzature radiologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Garantire 1) per la Radiologia tradizionale una prestazione ogni 10 min per un totale di n. 36 prestazioni/turno di 6 ore in orario istituzionale e 2) per l'ecografia una prestazione ogni 30 min per un totale di n. 12 prestazioni/turno in orario istituzionale.	10	
3	Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TC - RM) estendendo l'attività alle 12 ore diurne feriali e pomeridiane feriali. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Garantire per TAC e RM una prestazione ogni 30 min per un totale di n. 12 prestazione / turno di sei ore per macchina in orario istituzionale 2) riduzione delle liste di attesa rispetto al 2017.	10	
4	Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: Costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10	
5	Incremento performance dei Servizi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni	5	
6	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Integrazione RIS con applicativo One Care e CUP	5	
7	Implementazione dello screening mammografico <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Aumento del 10% rispetto al 2017	10	
8	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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	
CdR	RADIODIAGNOSTICA - OBIETTIVI QUALITATIVI		peso
1	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	
2	Referto radiologico definito e standardizzato <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Referto radiologico con almeno le seguenti informazioni: anagrafica; quesito clinico e dati anamnestici; tecnica dell'indagine; descrizione; conclusione, firma del medico; nominativo del personale tecnico e infermieristico; indicazione della dose erogata (Rx e Tc).	10	
3	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Attivazione della integrazione con il sistema regionale	10	
4	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati	10	

MED. E CHIR. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA - OBIETTIVI QUANTITATIVI

PESO

1	<p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema</p>	5
2	<p>Miglioramento sull'appropriatezza delle richieste diagnostiche. Diminuzione della spesa sui farmaci e presidi.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incidenza % costo esami < anno precedente (10%)</p>	5
3	<p>Miglioramento attività di "filtro" del reparto.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di ricovero < 20% (laddove non in linea con valori standard)</p>	10
4	<p>Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Report trimestrale</p>	5
5	<p>Abbandoni da Pronto Soccorso</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> riduzione del 50% rispetto al Valore 2015 (laddove non in linea con valori standard)</p>	10
6	<p>% di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 min</p> <p><i>Indicatore:</i> aumento del 20% rispetto al Valore 2015 (laddove non in linea con valori standard)</p>	10
7	<p>% di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> riduzione del 40% rispetto al Valore 2015 (laddove non in linea con valori standard)</p>	10
8	<p>Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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.</p> <p><i>Indicatore:</i> 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.</p>	10
9	<p>Applicazione delle Linee guida aziendali per il trattamento precoce delle fratture del femore per pazienti >65 anni da preparare entro 48 ore.</p> <p><i>Indicatore:</i> % n° pazienti pronti per sala operatoria in rapporto al n° totale di interventi per fratture del femore (entro e dopo 48h)</p>	10

MED. E CHIR. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA OBIETTIVI QUALITATIVI

peso

1	<p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.</p> <p><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. n. 429/2017 pubblicata sul sito aziendale</p>	5
2	<p>Integrazione con il 118 e con i DSS di appartenenza</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° 2 incontri annui (uno con il 118 e uno con il DSS di riferimento) da verbalizzare e n. 2 protocolli d'intesa (uno con il 118 e i con DSS).</p>	10
4	<p>Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati</p>	10

2018

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

CARDIOLOGIA - U.T.I.C. San Severo OBIETTIVI QUANTITATIVI		PESO
1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi $\geq 75\%$	10
2	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni <i>Indicatore/risultato atteso:</i> percentuale tra 35% e 40%	5
3	Razionalizzazione dell' orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Aumento del 20% delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto all'anno precedente	10
4	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epoitine $> 60\%$ Fattori della crescita stimolanti le colonie $> 85\%$	5
5	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 $> 90\%$;	5
6	Equilibrio economico: Ricavi /Costi $\geq 90\%$ <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti	10
7	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> $> 90\%$ rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10
8	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
9	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. San Severo OBIETTIVI QUALITATIVI		peso
1	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. n. 429/2017	5
2	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
3	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.	5
4	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10

2018

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

ANESTESIA E RIANIMAZIONE OBIETTIVI QUANTITATIVI

PESO

1	<p>In accordo con i Primari delle specialità chirurgiche, concordare con frequenza trimestrale il calendario delle sedute, tale che, agli stessi, per motivi tecnici, non sia precluso il raggiungimento dell'obiettivo "operati/dimessi > al 70%.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Trasmissione del programma concordato sottoscritto dal Primario chirurgo, Direttore Sanitario del Presidio e Primario Anestesia</p>	15
2	<p>Pieno utilizzo delle sale operatorie: garantire per ogni sala operatoria una fruibilità minima di n. 5 ore die per n.5 giorni alla settimana oltre la sala per le urgenze h 24.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento attività operatoria + 10%</p>	10
3	<p>Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi > 75%</p>	10
4	<p>Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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.</p> <p><i>Indicatore:</i> 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.</p>	5

ANESTESIA E RIANIMAZIONE OBIETTIVI QUALITATIVI

peso

1	<p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.</p> <p><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. n. 429/2017</p>	5
2	<p>Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente</p> <p><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</p>	15
3	<p>Correttezza e completezza della cartella clinica</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Numero cartelle conformi / numero cartelle controllate</p>	10
4	<p>Eliminare i casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesilogico. Adeguata pianificazione dell'anestesia e attuazione del consenso informato.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO</p>	15
5	<p>Presentazione di un nuovo modello organizzativo</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Presentazione di un modello organizzativo e relativa applicazione</p>	15
6	<p>Attivazione, in collaborazione con l'U.O. di ostetricia e ginecologia del parto- analgesia</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO</p>	10

2018

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

CARDIOLOGIA - U.T.I.C. OBIETTIVI QUANTITATIVI

PESO

1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi $\geq 75\%$	10
2	Razionalizzazione dell' orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Aumento del 20% delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto all'anno precedente	10
3	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epopitine $> 60\%$ Fattori della crescita stimolanti le colonie $> 85\%$	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 $> 90\%$	5
5	Equilibrio economico: Ricavi /Costi $\geq 90\%$ <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti	10
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	10
8	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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

CARDIOLOGIA - U.T.I.C. OBIETTIVI QUALITATIVI

peso

1	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. n. 429/2017	5
2	Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio nell'ottica dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Effettuare almeno 6 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.	10
3	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.	10
4	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10

2018		3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia	
CdR	GINECOLOGIA E OSTETRICIA OBIETTIVI QUANTITATIVI	PESO	
1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivo ≥ 75%	5	
2	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70% 2) Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	5	
3	Riduzione dei parti con taglio cesareo <i>Indicatore/risultato atteso:</i> La percentuale dei parti cesarei non deve superare il 25% del totale dei parti	10	
4	Raggiungimento del target 1000 parti annui <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° parti annui	5	
5	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	5	
6	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epoitine > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%	5	
7	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 > 90%	5	
8	Equilibrio economico: Ricavi /Costi ≥ 90% <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: Costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10	
9	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10	
10	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	
11	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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	
GINECOLOGIA E OSTETRICIA OBIETTIVI QUALITATIVI		peso	
1	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. n. 429/2017	5	
2	Attivazione, in collaborazione con la U.O. di Anestesia e Rianimazione, del parto-analgesia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10	
3	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10	

PEDIATRIA OBIETTIVI QUANTITATIVI		PESO
1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi > 75%	5
2	Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale	5
3	Miglioramento appropriatezza medica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> DRG ad alto rischio di inapproprietezza (mantenimento performance 2015)	10
4	Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10
5	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	5
6	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epoitine > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%	5
7	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 > 90%	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10
9	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
10	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.	5
11	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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
PEDIATRIA OBIETTIVI QUALITATIVI		PESO
1	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. n. 429/2017	5
2	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.	5
3	Definizione ed attuazione di un protocollo operativo per il trasporto protetto per le gravidanze a rischio (STEN) nei tre centri HUB. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	5
4	Miglioramento qualità percepita <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % dimissioni volontarie - Riduzione del 50% rispetto al Valore 2015 (laddove non in linea con valori standard)	10

2018	4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia	
CdR	CHIRURGIA GENERALE OBIETTIVI QUANTITATIVI	PESO
1	<p>Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: tasso di utilizzo dei posti letto effettivi \geq 75%</i></p>	5
2	<p>Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa</i></p>	10
3	<p>Miglioramento appropriatezza chirurgica</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: a) % ricoveri in day surgery - Valore 2015 - 20% b) DRG ad alto rischio di inappropriatezza: mantenimento performance 2015</i></p>	10
4	<p>Colecistectomia laparoscopica</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: a) % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni b) % Interventi in reparti con volume di attività > 90 casi</i></p>	10
5	<p>Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epopitine > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%</i></p>	5
6	<p>Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi > 90% ; 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%</i></p>	5
7	<p>Predisposizione ricette dematerializzate</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio</i></p>	10
8	<p>Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia</i></p>	5
9	<p>Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90%</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</i></p>	10
10	<p>Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016</i></p>	5
11	<p>Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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.</p> <p><i>Indicatore: 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.</i></p>	10
CHIRURGIA GENERALE OBIETTIVI QUALITATIVI		PESO
1	<p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.</p> <p><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. n. 429/2017</i></p>	5
2	<p>Miglioramento qualità percepita</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: % dimissioni volontarie - Riduzione del 50% rispetto al Valore 2015 (laddove non in linea con valori standard)</i></p>	10

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI		PESO
1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi \geq 75%	5
2	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	10
3	Miglioramento appropriatezza chirurgica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri in day surgery Valore 2015 - 20% b) DRG ad alto rischio di inappropriatezza : mantenimento performance 2015	10
4	Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione = + 30% rispetto al valore 2015	10
5	Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10
6	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epoitine > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%	5
7	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 > 90%	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10
9	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
10	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	5
11	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI		PESO
1	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. n. 429/2017	5
2	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri;b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10

CdR	P.O. CERIGNOLA - OFTALMOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI	PESO
1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	10
2	Miglioramento appropriatezza chirurgica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri in day surgery Valore 2015 - 20% b) DRG ad alto rischio di inappropriata : mantenimento performance 2015	10
3	Equilibrio economico: Ricavi /Costi ≥ 90% <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10
4	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	10
5	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epoitine > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%	10
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 > 90%	10
7	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10
8	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
9	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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

	P.O. CERIGNOLA - OFTALMOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI	PESO
1	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. n. 429/2017	5
2	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10

CdR	P.O. CERIGNOLA - UROLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI	PESO
1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi \geq 75%	10
2	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	10
3	Miglioramento appropriatezza chirurgica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri in day surgery Valore 2015 - 20% b) DRG ad alto rischio di inappropriatezza : mantenimento performance 2015	10
4	Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10
5	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	10
6	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epoitine > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%	5
7	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 > 90%	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10
9	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
10	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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

	P.O. CERIGNOLA - UROLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI	PESO
1	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. n. 429/2017	5
2	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10

P.O. CERIGNOLA – OTORINOLARINGOIATRIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1	<p>Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi ≥ 75%</p>	10
2	<p>Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa</p>	10
3	<p>Miglioramento appropriatezza chirurgica</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri in day surgery Valore 2015 - 20% b) DRG ad alto rischio di inappropriatezza : mantenimento performance 2015</p>	10
4	<p>Equilibrio economico: Ricavi /Costi ≥ 90%</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p>	10
5	<p>Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016</p>	5
6	<p>Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epoitine > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%</p>	5
7	<p>Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi > 90%</p>	10
8	<p>Predisposizione ricette dematerializzate</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio</p>	10
9	<p>Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia</p>	5
10	<p>Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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.</p> <p><i>Indicatore:</i> Spesa sostenuta = budget assegnato.</p> <p>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.</p>	10

OTORINOLARINGOIATRIA OBIETTIVI QUALITATIVI

1	<p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.</p> <p><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. n. 429/2017</p>	5
2	<p>Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%</p>	10

2018

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

CdR	MEDICINA INTERNA - OBIETTIVI QUANTITATIVI	PESO
1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi $\geq 75\%$	10
2	Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015	10
3	Miglioramento della appropriatezza medica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età ≥ 65 anni: VALORE 2015-20% 2) % Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: VALORE 2015-30%	10
5	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	5
6	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epopitine $> 60\%$ Fattori della crescita stimolanti le colonie $> 85\%$	5
7	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 $> 90\%$; 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi $> 95\%$	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> $> 90\%$ rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10
9	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico = 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia	5
10	Equilibrio economico: Ricavi /Costi $\geq 90\%$ <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10
12	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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
CdR	MEDICINA INTERNA OBIETTIVI QUALITATIVI	PESO
1	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. n. 429/2017	5
2	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.	5
4	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10

2018

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

CdR	GASTROENTEROLOGIA - OBIETTIVI QUANTITATIVI	PESO
1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi \geq 75%	5
2	Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Degenza media pari a 7 gg.	5
3	Miglioramento dell'appropriatezza medica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età \geq 65 anni: VALORE 2015-20% 2) % Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: VALORE 2015-30%	10
4	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	5
5	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epopitine > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%	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 > 90%; 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%	5
7	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10
8	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico = 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia	5
9	Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10
10	Implementazione dei trattamenti per i pazienti affetti da Epatite C <i>Indicatore/risultato:</i> n. pazienti in trattamento > dell'anno 2017	10
11	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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
CdR	GASTROENTEROLOGIA - OBIETTIVI QUALITATIVI	PESO
1	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 previsti dalla Deliberazione di G.R. n. 429/2017	5
2	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.	5
3	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10

2018

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

CdR	NEFROLOGIA e DIALISI OBIETTIVI QUANTITATIVI	PESO
1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi $\geq 80\%$	5
2	Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015	5
3	Miglioramento dell'appropriatezza medica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età ≥ 65 anni: VALORE 2015-30% 2) % Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: VALORE 2015-50%	10
4	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	5
5	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epopitine $> 60\%$ Fattori della crescita stimolanti le colonie $> 85\%$	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 $> 90\%$; 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi $> 95\%$	5
7	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> $> 90\%$ rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10
8	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico = 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia	5
9	Equilibrio economico: Ricavi /Costi $\geq 90\%$ <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo del personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	5
10	Ottimizzazione dei posti rene per la ricezione ospiti <i>Indicatore/risultato:</i> Relazione con l'indicazione del numero di ospiti	10
11	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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

NEFROLOGIA E DIALISI OBIETTIVI QUALITATIVI

PESO

1	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. n. 429/2017	5
2	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.	5
3	Presentazione di un progetto sulla dialisi peritoneale a domicilio in collaborazione con la specialistica ambulatoriale (laddove non presentato nel 2017) <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	5
4	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10

2018	5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia	
CdR	P.O. SAN SEVERO - MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO OBIETTIVI QUANTITATIVI	PESO
1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto effettivi $\geq 75\%$	5
2	Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015	10
3	Miglioramento dell'appropriatezza medica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età ≥ 65 anni: VALORE 2015-30% 2) % Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: VALORE 2015-50%	10
4	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	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 mesi $> 90\%$; 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi $> 95\%$	5
6	Predisposizione ricette dematerializzate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> $> 90\%$ rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio	10
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	Equilibrio economico: Ricavi /Costi $\geq 90\%$ <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10
9	Estensione orari di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1. SI/NO 2. Attivazione di ambulatorio per visite urgenti	10
10	Rispetto del Budget assegnato annualmente dalla direzione sanitaria del Presidio 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. <i>Indicatore:</i> 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
CdR	P.O. SAN SEVERO - MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO OBIETTIVI QUALITATIVI	PESO
1	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. n. 429/2017	5
2	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.	5
3	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) % di dimissioni volontarie = valore 2015 - 50%	10

2018	5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia	
CdR	PSICHIATRIA OBIETTIVI QUANTITATIVI	PESO

1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di utilizzo dei posti letto $\geq 80\%$	15
2	Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015 al netto dei pazienti la cui degenza è imposta dalla magistratura e/o autori di reato	10
3	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	10
4	Equilibrio economico: Ricavi /Costi $\geq 90\%$ <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: Costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.	10
5	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 un protocollo di gestione condiviso entro giugno 2) istituzione di un registro da cui evince i tempi medi di esecuzione della visita/consulenza	15
6	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema	5

PSICHIATRIA OBIETTIVI QUALITATIVI		PESO
-----------------------------------	--	------

1	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. 190/2018	5
2	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° 2 di incontri, verbali e protocolli d'intesa.	10
3	Riduzione della contenzione: a) Predisposizione entro 60 giorni di una relazione sugli episodi di contenzione negli SPDC (numero pazienti contenuti, durata, ...); b) adozione di una specifica Procedura per la pratica della contenzione, che contenga precisi indicatori sulle responsabilità, sulle azioni, sulla tempistica dell'assistenza medico-infermieristica, sulla documentazione, sui rapporti con il contesto relazionale di riferimento, sulle comunicazioni tra SPDC e Direzione DSM, CSM di riferimento del paziente, Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero ove è allocato il SPDC, Unità di gestione del Rischio (se attivata), salvaguardando il contenuto delle raccomandazioni regionali in materia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> relazione che evidenzia nel 2018 il ricorso a tale pratica rispetto agli anni precedenti	10
4	Garantire adeguati livelli di discussione degli aspetti organizzativi, delle pratiche professionali, dei casi difficili e la formazione, sia sul campo che strutturata, per la prevenzione e la gestione della violenza, del burn out e la prevenzione della contenzione; la formazione deve essere rivolta a tutte le figure coinvolte, sanitarie e non della U.O. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) almeno n. 6 incontri verbalizzati 2) Partecipazione al tavolo tecnico (tra reparti e territorio) dove condividere soluzioni e modalità di monitoraggio: almeno n. 5 incontri del Comitato di Dipartimento.	10

2018			
6 - DIRIGENZE SANITARIE DI PP.OO. ASL FG - Foggia			
DIRIGENZA SANITARIA P.O. MANFREDONIA			
CdR	OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Coordinare con il Primario di Anestesia e con i Primari delle specialità chirurgiche la formalizzazione del calendario trimestrale delle sedute operatorie.	effettuare almeno n. 1 incontro trimestrale, registrando data, durata, partecipanti e calendario formalizzato e comunicazione al CoG	10
2	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	10
3	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.	10
4	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.	10
5	Gestione dei ricoveri degli stranieri (Cittadini europei e di paesi convenzionati): 1) estrapolare un "file ricoveri stranieri" 2) trasmissione al Distretto competente delle informazioni rilevanti ai fini della richiesta del rimborso.	SI/NO: da effettuarsi sulla base del modello aziendale/linee guida in corso di adozione.	5
6	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto > 50%	10
7	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata per le prestazioni specialistiche	% delle ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti > 80%	10
8	Rilevamento qualità percepita: somministrare questionario di gradimento, secondo il protocollo elaborato dall'URP.	Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri e utenza ambulatoriale (sulle attività di competenza)	5
9	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
10	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità, prestazioni aggiuntive e indennità chilometrica. 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.	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
OBIETTIVI QUALITATIVI			
		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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. n. 190/2018	5
2	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	1) Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico = 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia 2) Riduzione della spesa dei farmaci ad alto costo	10
3	Coordinamento delle attività di predisposizione di procedure e protocolli da parte delle varie strutture per filtro alla Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza	Procedure e/o protocolli attivati = SI/NO	5
4	Organizzazione, in collaborazione con la Direzione medica di presidio e con la Farmaceutica Ospedaliera, di incontri trimestrali con le singole UUDD sull'andamento della spesa per beni sanitari	N° 4 incontri verbalizzati	10

2018

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

CdR

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

OBIETTIVI 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 2018 < costo beni non sanitari 2017	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 rinvenenti da programmi di spesa.	Indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP) 2018 = 0	10
5	Liquidazione fatture anni pregressi	Fatture anni pregressi in carico alla struttura = 0	10
5	Recupero somme per azioni di rivalsa sanitaria per conto Regione Puglia	Relazione su attività svolta	10
6	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
7	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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.	10
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Corso in house di formazione dei centralinisti	n° incontri annui	5
2	Implementazione procedura telematica riscossione tramite Agenzia delle Entrate - riscossione di proventi da codici bianchi, mancate disdette	SI / NO	5
3	Organizzazione, in collaborazione con la Direzione medica di presidio e con la Farmaceutica Ospedaliera, di incontri trimestrali con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari	N° 4 incontri verbalizzati	10

2018		8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG	
CdR	DIREZIONE DISTRETTO		Peso
OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso	
1	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva	1) n. 2 incontri annuali verbalizzati con MMG, PLS, Spec. Amb. li finalizzati all'appropriatezza prescrittiva, all'uso dei farmaci generici, alla divulgazione di informazioni, sensibilizzazione, ecc. 2) diminuzione del 10% della spesa per l'assistenza protesica rispetto a quella del 2015	10
2	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva finalizzato al controllo della spesa farmaceutica	a) n. 2 incontri annuali con MMG e PLS congiuntamente al Servizio Farmaceutico Territoriale su sua segnalazione; b) n. pratiche valutate dalla commissione appropriatezza prescrittiva distrettuale = 100% delle pratiche segnalate dal Servizio Farmaceutico Territoriale ai sensi della L. 425/96	5
3	Potenziamento del servizio ADI	1) % di anziani oltre 65 anni in ADI ≥ 4 su 100 anziani residenti	10
4	Redazione piani terapeutici attraverso il sistema informativo EDOTTO	1) Istituzione della rete distrettuale di raccolta dei piani terapeutici da inviare al Servizio Farmaceutico Territoriale; 2) piani terapeutici informatizzati prodotti dagli specialisti ambulatoriali >90%	10
5	Potenziamento azione su immigrati nei Consultori familiari	n. 2 incontri annuali per consultorio con immigrati su prevenzione IVG, vaccinazioni, differenze culturali, ecc.	5
6	Migliorare il benessere psicofisico degli adolescenti e dei giovani (disagio giovanile, prevenzione MST - Malattie sessualmente trasmesse, ...)	1) Attivazione spazio giovani. SÌ/NO 2) almeno n° 4 incontri annuali con adolescenti e giovani in collegamento con le scuole del territorio di riferimento	5
7	Verifica delle prescrizioni domiciliari di assistenza protesica a campione	20% di controlli al domicilio dei pazienti sulle prescrizioni domiciliari	5
8	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
9	Controlli a campione sulle visite specialistiche effettuate a domicilio dagli specialisti	Relazione semestrale del n. di controlli a campione effettuati suddivisi per branca specialistica (almeno il 10% sul totale delle visite domiciliari per branca)	5
10	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	10 SÌ/NO in contraddittorio con la SBL	10
11	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
12	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità, prestazioni aggiuntive 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
13	Aggiornamento anagrafica sanitaria (ufficio scelta / revoca)	Abbatimento dell'80% delle anomalie risultanti dalla reportistica di Edotto al 31.12.2016 fornita da D'amito	5
2018		DISTRETTO S.S. OBIETTIVI QUALITATIVI	Peso
1	Valutazione della qualità percepita ai sensi della DGR 300/2016	Somministrazione al 100% dei pazienti in ADI del questionario di gradimento da predisporre con l'URP	5
2	Miglioramento della qualità assistenziale	Partecipazione ad eventi, incontri e seminari formativi distrettuali/aziendali sulla relazione con i pazienti, con il pubblico, o su argomenti di specifico interesse per almeno l'80% degli operatori del distretto (digitalizzazione, budget, redazione atti amministrativi, ecc.)	5
3	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti > 80%	5

2018		8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG		
CdR	DIREZIONE DISTRETTO MANFREDONIA			
	OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso	
1	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva	1) n. 2 incontri annuali verbalizzati con MMG, PLS, Spec. Amb. finalizzati all'appropriatezza prescrittiva, all'uso dei farmaci generici, alla divulgazione di informazioni, sensibilizzazione, ecc. 2) diminuzione del 10% della spesa per l'assistenza protesica rispetto a quella del 2015	5	
2	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva finalizzato al controllo della spesa farmaceutica	a) n. 2 incontri annuali con MMG e PLS congiuntamente al Servizio Farmaceutico Territoriale su sua segnalazione; b) n. pratiche valutate dalla commissione appropriatezza prescrittiva distrettuale = 100% delle pratiche segnalate dal Servizio Farmaceutico Territoriale ai sensi della L. 425/96	5	
3	Potenziamento del servizio ADI	1) % di anziani oltre 65 anni in ADI ≥ 4 su 100 anziani residenti	10	
4	Redazione piani terapeutici attraverso il sistema informativo EDOTTO	1) Istituzione della rete distrettuale di raccolta dei piani terapeutici da inviare al Servizio Farmaceutico Territoriale; 2) piani terapeutici informatizzati prodotti dagli specialisti ambulatoriali >90%	10	
5	Potenziamento azione su immigrati nei Consultori familiari	n. 2 incontri annuali per consultorio con immigrati su prevenzione IVG, vaccinazioni, differenze culturali, ecc.	5	
6	Migliorare il benessere psicofisico degli adolescenti e dei giovani (disagio giovanile, prevenzione MST - Malattie sessualmente trasmesse, ...)	1) Attivazione spazio giovani: SINO 2) almeno n° 4 incontri annuali con adolescenti e giovani in collegamento con le scuole del territorio di riferimento	5	
7	Verifica delle prescrizioni domiciliari di assistenza protesica a campione	20% di controlli al domicilio dei pazienti sulle prescrizioni domiciliari	5	
8	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	
9	Controlli a campione sulle visite specialistiche effettuate a domicilio dagli specialisti	Relazione semestrale del n. di controlli a campione effettuati suddivisi per branca specialistica (almeno il 10% sul totale delle visite domiciliari per branca)	5	
10	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	10 S/NO in contraddittorio con la SBL	10	
11	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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	
12	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità, prestazioni aggiuntive 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	
13	Aggiornamento anagrafica sanitaria (ufficio scelta / revoca)	Abbatimento dell'80% delle anomalie risultanti dalla reportistica di Edotto al 31.12.2016 fornita da D'Amico	5	
2018		DISTRETTO S.S. OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Valutazione della qualità percepita ai sensi della DGR 300/2016	Somministrazione al 100% dei pazienti in ADI del questionario di gradimento da predisporre con l'URP	5	
2	Miglioramento della qualità assistenziale	Partecipazione ad eventi, incontri e seminari formativi distrettuali/aziendali sulla relazione con i pazienti, con il pubblico, o su argomenti di specifico interesse per almeno l'80% degli operatori del distretto (digitalizzazione, budget, redazione atti amministrativi, ecc.)	5	
3	Progetto pilota con PLS del DSS di Manfredonia mirato a verificare se l'uso dei Test Diagnostici Rapidi in vitro impatta positivamente sul corretto uso degli antibiotici in età pediatrica	• S/NO • coinvolgimento di almeno 5 PLS	5	
4	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti > 80%	5	

2018

9 - DIPARTIMENTO MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Elaborare un piano di attività rivolto a mantenere le prestazioni extraregionali ambulatoriali, di internato e quelle domiciliari rispetto alla spesa contabilizzata nell'anno precedente.	Spesa 2018 = Spesa 2017 (valore da Bilancio CE 70611000165)	5
2	Concordare con le strutture accreditate la consegna mensile del dettaglio delle prestazioni erogate su un supporto magnetico.	Invio al CdG di report trimestrali analitici delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate entro il 30 del mese successivo al trimestre	5
3	Garantire un numero di prestazioni coerente con il personale in servizio e con gli standard lavorativi secondo la normativa in vigore (Regolamento regionale del 1988)	N° ore lavorate = N° prestazioni erogate	5
4	Assegnazione dei limiti di spesa per protesi ed ausili ad ogni Distretto aziendale e monitoraggio-analisi trimestrale con conseguente comunicazione ai direttori di Distretto.	1. Comunicazione di assegnazione budget per distretto 2. Monitoraggio-analisi trimestrale con conseguente comunicazione ai direttori di Distretto.	5
5	Controllo prescrittori in relazione alla spesa protesica.	attivazione di apposita procedura per software per la rendicontazione, monitoraggio e controllo della spesa relativa a protesi e ausili.	5
6	Mantenimento della spesa protesica rispetto al 2017	spesa 2018 ≤ Spesa 2017 (valore da bilancio CE 70611500005)	5
7	Al fine di monitorare la Spesa Protesica (DM 322/1999), implementazione dell'Area Assistenza Protesica in Edotto con l'inserimento dei dati inerenti le prescrizioni dei dispositivi protesici di cui al DM 332/1999 relativi all'anno 2016, ivi compresi gli aggiuntivi, le riparazioni e/o sostituzioni.	Confronto dei dati inseriti in Edotto sulla Spesa Protesica dell'anno 2016 con i relativi dati di spesa di cui al CE (descrizione conto: Materiale protesico fornitura diretta - ass. prot; Assistenza protesica tramite strutture private) - Scostamento tra Spesa prot. da CE e Spesa prot. Edotto ≤ 5%	5
8	Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.	Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.	5
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 = 25 gg.	10
10	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
11	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
12	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Integrazione scolastica	Il Dipartimento deve garantire almeno n. 1 incontri scolastici e n. 2 controlli x ogni alunno in situazione di disabilità	10
2	Procedure di sanificazione degli ausili e del loro riutilizzo.	2 report semestrali delle attrezzature recuperate e di quelle sanificate e pronte al riuso da distribuire ai Distretti	10
3	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

2018		10 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - ASL FG Foggia		
CdR		DIREZIONE DIPART. DIPENDENZE PATOLOGICHE		
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Monitoraggio sulla situazione della popolazione utente (vecchia e nuova) e sui risultati conseguiti.		Predisporre entro il 31 gennaio una relazione che evidenzi l'attività svolta e i risultati conseguiti nonché la nuova popolazione utente	5
2	Attività di vigilanza ex L.R. n.22/96 e ss.mm. ii. nelle CC.TT. operanti nell'ambito territoriale della ASI Fg da effettuarsi, per quanto di competenza, a cura delle sezioni dipartimentali competenti territorialmente, mediante visite periodiche finalizzate all'accertamento della permanenza dei requisiti tecnici (composizione del personale e rispondenza al PTRI) e nel rispetto dei diritti degli utenti. (Per la Sezione Dipartimentale Foggia-Lucera; S. Severo-Gargano)		Almeno una visita ogni semestre da parte di ciascuna Sezione dipartimentale competente territorialmente, debitamente verbalizzata	10
2	Partecipazione alla WHP, Linea "Promozione della Salute, Linea "Attività "l'Azienda che promuove salute", cod. 3.6 PRP 2014-2018. Gli indicatori sentinella. Anno 2018. (Per la Sezione Dipartimentale Manfredonia-Cerignola)		Attuazione di almeno una azione di buone pratiche inerenti la lotta al tabagismo = SI/NO	10
3	Predisposizione di uno strumento epidemiologico per la valutazione dei risultati degli inserimenti comunitari da applicare nell'intero dipartimento .		Costruzione dello strumento epidemiologico SI/NO	10
4	Elaborazione di un progetto specifico per la dipendenza patologica da gioco, sulla base delle risorse finanziarie assegnate al DDP aggiornato in Progress.		Utilizzo per anno di almeno l'80% delle somme assegnate	5
5	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
6	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 14/2017		Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del Budget assegnato	10
7	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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.	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.	10
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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. n. 190/2018	5
2	Valutazione/consulenza dei pazienti ricoverati in SPDC con doppia diagnosi e/o abuso sostanze		1) Istituzione del registro con indicazione della data di richiesta e della data di effettuazione visita 2) effettuazione della consulenza in reparto entro 4 gg.	10
3	Applicazione del Regolamento Regionale n. 10/2017 con riferimento alla doppia diagnosi di cui all'art. 11		a) Individuazione del referente del Dipartimento incaricato di seguire i casi di comorbidità b) relazione annuale con indicazione del numero di casi, tipologia e spesa.	10

2018		11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia		
CdR		DIREZIONE DIPART. DI SALUTE MENTALE		
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione		>= 10,82	10
2	Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/02 e riduzione 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) Riduzione del budget di spesa del 5 %	5
3	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 30/07/2018; 2) pianificazione interventi e riduzione del 30% dei pazienti fuori ASL	5
4	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		N° 4 report trimestrali al controllo di gestione	5
5	Presa in carico dei pazienti autori di reati anche precedentemente inseriti in Rems		1) n° di pazienti presi in carico 2) protocolli riabilitativi applicati	10
6	Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale e domiciliare, ache attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012		Mantenimento dei livelli assistenziali	10
7	Redazione Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo Edotto		% Piani terapeutici informatizzati > del 90% del totale	10
8	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
9	Riduzione del numero dei ricoveri ripetuti (revolving door)		Valutazione attraverso le SDO degli SPDC del numero e della prevalenza dei ricoveri ripetuti con particolare attenzione a prevalenza di revolving door nell'ambito di un trimestre.	5
10	Riduzione delle liste di attesa per visite ambulatoriali e per consulenze in reparto		1) istituzione delle agende 2) riduzione dei tempi di attesa	5
11	Riduzione del numero assoluto e del tasso percentuale di TSO.		Valutazione del numero e della prevalenza sul numero totale dei ricoveri (valutazione trimestrale)	5
12	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
13	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
2018		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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 entro 4 giorni dalla richiesta i propri assistiti ricoverati.		Formulazione di un protocollo di gestione condiviso entro il Primo semestre.	5
2	Miglioramento della qualità dei servizi offerti alle famiglie degli utenti con particolare riferimento alle Attività psicoeducative e Social skills training (Per il servizio di Psicologia Clinica) .		Programma di formazione di un maggior numero di operatori per condurre tali attività	5
3	Garantire adeguati livelli di discussione degli aspetti organizzativi, delle pratiche professionali, dei casi difficili e la formazione, sia sul campo che strutturata, per la prevenzione e la gestione della violenza, del burn out e la prevenzione della contenzione; la formazione deve essere rivolta a tutte le figure coinvolte, sanitarie e non della U.O.		1) almeno n. 5 incontri verbalizzati 2) Partecipazione al tavolo tecnico (tra reparti e territorio) dove condividere soluzioni e modalità di monitoraggio: almeno n. 5 incontri del Comitato di Dipartimento.	5

2018			
12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia			
DIREZIONE DIPARTIMENTO			
	OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
120			
1	Adozione Piano Regionale della Prevenzione	Adozione Piano aziendale attuativo del PRP (SI / NO)	15
2	Promozione della Salute nelle Scuole	Presentare dettagliata relazione sulle attività svolte in seno al GIA (SI / NO)	20
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	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per ogni UOC per portare a conoscenza il PRPC di cui alla delibera n. 228/2019e per la verifica degli adempimenti anticorruzione	10
5	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di un evento formativo dipartimentale con il Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza	10
6	Rilevazione gradimento dell'utenza	N° questionari per la rilevazione del gradimento e della qualità (Vedi SIMisurazione) > 30 per ogni Servizio/UOC	15
7	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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.	Assegnazione dei relativi Budget per singolo Servizio / UOC e monitoraggio sul rispetto degli stessi	10

2018			
CENTRO SCREENING			
	OBIETTIVI QUALI / QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse per Screening mammografico ASL FG	SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.01.01)	5
2	Estensione: % donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.1.1).	80% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.01.02)	15
3	Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.1.2).	70% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.01.03)	14
4	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse per Screening cervice uterina ASL FG	SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.02.01)	5
5	Estensione: % di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.2.1).	70% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.02.02)	14
6	Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.2.2).	50% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.02.03)	14
7	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse per Screening coloretale ASL FG	SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.03.01)	5
8	Estensione: % di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.3.1).	80% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.03.02)	14
9	Adesione: % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate (Ind. MES B5.3.2).	40% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.03.03)	14

SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA – SISP Nord			
CdR	OBIETTIVI 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 rilaziare l'obiettivo finale previsto dalla DGR 2198/16	10
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). 90% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 02.01.02)	10
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). 80%	10
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). 85%	10
5	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
6	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
7	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
8	Vigilare sulle strutture sanitarie e socio assistenziali in modo da contribuire a contrastare il fenomeno dell'abusivismo professionale sanitario. Eseguire sopralluoghi e controlli sui locali delle strutture accreditate per verificare il possesso dei requisiti L.R. n. 9/017 e s.m.e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010.	1) Strutture accreditate controllate / numero di strutture accreditate da controllare ≥25%. 2) Fornire elenco delle strutture da controllare e dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.	5
9	Limitare l'incidenza dei casi di legionellosi e migliorare la qualità igienico-sanitarie delle strutture turistico-ricettive. Eseguire ispezioni nelle strutture ricettive, effettuare campionamenti negli impianti idrici; acquisire la documentazione di riferimento	1) N° 90 strutture ricettive da verificare; N° 750 campioni da eseguire	2) 5
10	Prevenire e promuovere azioni di miglioramento della qualità degli ambienti scolastici.	1) interventi di verifica nel 5% delle strutture scolastiche censite dando priorità alle situazioni di maggiore rischio e pericolo 2) Censimento e relativo archivio con predisposizione delle schede sugli edifici scolastici esistenti	5
11	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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	10
2	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 di cui alla delibera n. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA – SISP Sud			
CdR	OBIETTIVI 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 rilaziare l'obiettivo finale previsto dalla DGR 2198/16	10
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). 90% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 02.01.02)	10
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). 80%	10
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). 85%	10
5	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
6	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
7	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
8	Vigilare sulle strutture sanitarie e socio assistenziali in modo da contribuire a contrastare il fenomeno dell'abusivismo professionale sanitario. Eseguire sopralluoghi e controlli sui locali delle strutture accreditate per verificare il possesso dei requisiti L.R. n. 9/017 e s.m.e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010.	1) Strutture accreditate controllate / numero di strutture accreditate da controllare ≥25%. 2) Fornire elenco delle strutture da controllare e dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.	5
9	Limitare l'incidenza dei casi di legionellosi e migliorare la qualità igienico-sanitarie delle strutture turistico-ricettive. Eseguire ispezioni nelle strutture ricettive, effettuare campionamenti negli impianti idrici; acquisire la documentazione di riferimento	1) N° 90 strutture ricettive da verificare; N° 750 campioni da eseguire	2) 5
10	Prevenire e promuovere azioni di miglioramento della qualità degli ambienti scolastici.	1) interventi di verifica nel 5% delle strutture scolastiche censite dando priorità alle situazioni di maggiore rischio e pericolo 2) Censimento e relativo archivio con predisposizione delle schede sugli edifici scolastici esistenti	5
11	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
OBIETTIVI QUALITATIVI			
		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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	10
2	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 di cui alla delibera n. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

SERVIZIO DI IGIENE degli ALIMENTI - SIAN AREA NORD			
CDR	OBIETTIVI 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 2017-2018 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;</p> <p>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)	10
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° 4 corsi / anno	10
5	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali 2017-2018". 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 (2017-2018)". 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	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
OBIETTIVI QUALITATIVI			
		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Prevenzione malattie cronicodegenerative: 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
2	In attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18, e in coordinamento con lo SPESAL, concorrere alla diffusione della promozione di salute negli ambienti di lavoro attraverso un sistema di accreditamento che riconosca e certifichi sul territorio le "Aziende che producono salute". In particolare, il SIAN dovrà, nelle 3 aziende individuate, diffondere corretti stili di vita e pratiche che promuovono la corretta alimentazione attraverso ad es. l'inserimento obbligatorio di frutta e verdura nei menu di tutti i pasti serviti in azienda (senza pagamenti aggiuntivi e non sostituibili con dolce o altri piatti) e pane a basso contenuto di sale; distributori automatici di alimenti con le seguenti caratteristiche: 1) frutta e/o verdura fresca possibilmente di stagione e pane a basso contenuto di sale e tutte gli altri criteri indicati nel Piano.	n° Aziende = 1	10
3	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. 229/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

CdR SERVIZIO DI IGIENE degli ALIMENTI - SIAN AREA SUD			
OBIETTIVI 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 2017-2018 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;</p> <p>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)	10
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° 4 corsi / anno	10
5	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali 2017-2018". 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 (2017-2018)". 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	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Prevenzione malattie cronicodegenerative: 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
2	In attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18, e in coordinamento con lo SPESAL, concorrere alla diffusione della promozione di salute negli ambienti di lavoro attraverso un sistema di accreditamento che riconosca e certifichi sul territorio le "Aziende che producono salute". In particolare, il SIAN dovrà, nelle 3 aziende individuate, diffondere corretti stili di vita e pratiche che promuovono la corretta alimentazione attraverso ad es. l'inserimento obbligatorio di frutta e verdura nei menu di tutti i pasti serviti in azienda (senza pagamenti aggiuntivi e non sostituibili con dolce o altri piatti) e pane a basso contenuto di sale; distributori automatici di alimenti con le seguenti caratteristiche: 1) frutta e/o verdura fresca possibilmente di stagione e pane a basso contenuto di sale e tutte gli altri criteri indicati nel Piano.	n° Aziende = 1	10
3	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. 229/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

SERVIZIO di PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO - SPESAL NORD			
cdR	OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Report indicatori sentinella di cui al PRP 2014-18 riferito all'anno 2016	SI / NO	5
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 Pareri 1) N° pareri 2) N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione dei pareri Attività sanitaria 2) Numero di altre visite effettuate dallo SPESAL di propria iniziativa o su richiesta 3) N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie 4) N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente Attività di assistenza 1) N° interventi di informazioni/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi 2) N° sportelli informativi dedicati 3) N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc...) con le figure aziendali per la prevenzione Attività di formazione 1) N° ore di formazione 2) N° persone formate	Report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti. Obiettivo 2018: numero di cantieri da vigilare = 80 Obiettivo 2018: numero cantieri ispezionato x amianto = 30 L'attività di igiene industriale in Puglia è affidata all'ARPA per cui questi indicatori si possono eliminare Obiettivo 2018: numero inchieste infortuni = 40 Obiettivo 2018: numero inchieste Malattie Professionali = 5 N° richieste pareri evase / N° richieste pareri pervenute = 100% N° richieste pareri con sopralluogo evase / N° richieste pareri con sopralluogo pervenute = 100% Obiettivo 2018 = 15 N° ricorsi evasi / N° ricorsi pervenuti = 100% 2 interventi 2 Sportelli (Amianto e Stress Lavoro Correlato) Obiettivo 2018: 2 interventi Obiettivo 2018 per ore di formazione = 100 ore Obiettivo 2018 per n. Persone formate = 300	50
3	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
OBIETTIVI QUALITATIVI			
	OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	In attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18, concorrere alla diffusione della promozione di salute negli ambienti di lavoro attraverso un sistema di accreditamento che riconosca e certifichi sul territorio le "Aziende in grado di produrre salute", aziende che avranno lavoratori più sani e più produttivi. In particolare, lo SPESAL dovrà 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.	n° Aziende = 1 Questo indicatore vale anche per SISP e SIAN e Dipartimento dipendenze Patologiche	15
2	Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.	Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.	10
3	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

CdR SERVIZIO di PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO - SPESAL SUD			
OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Report indicatori sentinella di cui al PRP 2014-18 riferito all'anno 2016	SI / NO	5
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:	Report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.	50
	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	Obiettivo 2018: numero di cantieri da vigilare = 80	
	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	Obiettivo 2018: numero cantieri ispezionato x amianto = 30	
	Attività di igiene industriale		
	1) N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale	L'attività di igiene industriale in Puglia è affidata all'ARPA per cui questi indicatori si possono eliminare	
	2) N° campionamenti effettuati		
	3) N° misurazioni effettuate		
	Inchieste infortuni		
	1) N° inchieste infortuni concluse	Obiettivo 2018: numero inchieste infortuni = 40	
	2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento		
	Inchieste malattie professionali		
	1) Inchieste malattie professionali concluse	Obiettivo 2018: numero inchieste Malattie Professionali = 5	
	2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento		
	Pareri		
	1) N° pareri	N° richieste pareri evase / N° richieste pareri pervenute = 100%	
	2) N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione dei pareri	N° richieste pareri con sopralluogo evase / N° richieste pareri con sopralluogo pervenute = 100%	
	Attività sanitaria		
	2) Numero di altre visite effettuate dallo SPESAL di propria iniziativa o su richiesta		
	3) N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie	Obiettivo 2018 = 15	
	4) N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente	N° ricorsi evasi / N° ricorsi pervenuti = 100%	
	Attività di assistenza		
	1) N° interventi di informazioni/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi	2 interventi	
	2) N° sportelli informativi dedicati	2 Sportelli (Amianto e Stress Lavoro Correlato)	
	3) N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc...) con le figure aziendali per la prevenzione	Obiettivo 2018: 2 interventi	
	Attività di formazione		
	1) N° ore di formazione	Obiettivo 2018 per ore di formazione = 100 ore	
	2) N° persone formate	Obiettivo 2018 per n. Persone formate = 300	
3	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	In attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18, concorrere alla diffusione della promozione di salute negli ambienti di lavoro attraverso un sistema di accreditamento che riconosca e certifichi sul territorio le "Aziende in grado di produrre salute", aziende che avranno lavoratori più sani e più produttivi. In particolare, lo SPESAL dovrà 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.	n° Aziende = 1 Questo indicatore vale anche per SISP e SIAN e Dipartimento dipendenze Patologiche	15
2	Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.	Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.	10
3	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

SIAV AREA A - NORD			
CDR	OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	<p>Attuazione Ordinanza Ministero della Salute ORDINANZA 6 giugno 2017 Proroga, con modifiche, dell'ordinanza 28 maggio 2015, recante: «Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica». (GU Serie Generale n.145 del 24-06-2017)</p> <p>eradicazione della brucellosi (BRC) negli allevamenti bovini/bufalini</p> <p>eradicazione della brucellosi (BRC) negli allevamenti ovis/caprini</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 ovis 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>	30
2.a	<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 ai sensi della DGSAF n.3475/2017, verifica applicazione norme di biosicurezza negli allevamenti.</p> <p>Salmonellosi aviaria:(Piano Nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli 2016/2018): 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 secondo lo schema riportato negli allegati IV (per allevamenti da ingrasso) e V (per allevamenti a ciclo aperto o chiuso) dell'O.M. 12/04/2008.</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>West Nile disease:attività di sorveglianza che prevede il monitoraggio sierologico a campione su sieri di cavalli per rilevare la presenza di IgM, utili all'identificazione di una recente circolazione del WNV.</p> <p>rabbia: controlli previsti in caso di morsicatura</p>	<p>Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2018 entro il 31/03/2019</p> <p>N° controlli da effettuare/N° controlli effettuati</p> <p>N° campionamenti ufficiali (previsti al punto 6.3.2 del Piano 2016 -2018/N° campioni effettuati</p> <p>n° campioni assegnati/N° campioni effettuati</p> <p>n° prelievi di sangue montoni da effettuare/N° campioni effettuati</p> <p>n° interventi richiesti/N° campioni effettuati</p> <p>n° prelievi da effettuare/N° campioni effettuati</p> <p>numero di campioni stabiliti dalla regione Puglia per la ASL FG/ N° campioni effettuati</p> <p>numero denunce ricevute/ N° controlli effettuati</p>	20
2.b	<p>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.</p>	<p>Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2018 entro il 31/03/2019. n° nuovi allevamenti infetti/N° indagini epidemiologiche effettuate=100</p>	
2.c	<p>Sorveglianza sanitaria sugli allevamenti di acquacoltura: verifica episodi di mortalità nelle specie ittiche; Rilascio autorizzazione sanitaria (D.lgs 148/2008 art 4; D.M. 3 agosto 2011); qualifica sanitaria (categoria)</p>	<p>Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2018 entro il 31/03/2019</p>	
3	<p>Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Integrazione per il 2015" (di cui alla Determinazione SPATP n. 220 del 16.06.15): Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN</p> <p>controllo sugli allevamenti bovini-bufalini, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti ovis-caprini, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti SUINI, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti EQUIDI, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti AVICOLI, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti API, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p>	<p>aziende/allevamenti inseriti in BDN/aziende con georeferenziazione; allevamenti attivi/allevamenti con qualifica sanitaria = 100%</p> <p>il 5% degli allevamenti registrati in BDN a inizio anno</p> <p>il 5% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno</p> <p>il 5% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno</p> <p>il 7% degli allevamenti registrati in bdn con più di 1 capi</p> <p>il 10% degli allevamenti registrati in bdn con più di 250 capi</p> <p>1% di tutti gli allevamenti di api registrati in banca dati nazionale</p>	15
4	<p>Fornire un elenco suddiviso per comune e settore di attività delle aziende oggetto di intervento. Indicare la data di ultima verifica</p>	<p>a) Invio elenco aggiornato; b) Pianificazione delle verifiche su base annua; c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nel 2015 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. Entro il 31 luglio 2016.</p>	5
5	<p>Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina aggiornando puntualmente l'anagrafe canina. Denunce per aggressioni da cani randagi.</p> <p>Controlli sui canili sanitari e sui rifugi.</p>	<p>cani randagi catturati identificati/ cani randagi catturati ed iscritti all'Anagrafe canina Regionale = 100%</p> <p>N° canili sanitari/n° controlli=30%</p>	10
6	<p>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.</p>	<p>Spesa sostenuta = budget assegnato.</p> <p>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.</p>	5
OBIETTIVI QUALITATIVI			
		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	<p>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,</p>	<p>Report annuale</p>	5
2	<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. 229/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti</p>	20

SIAV AREA B - NORD			
CdR	OBIETTIVI 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. - Attività di controllo per Anisakis	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; (valido per l'Area NORD) - 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; (valido per l'Area SUD) - 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, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;</p> <p>c) Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale;</p> <p>d) Disposizioni di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti;</p> <p>e) Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.</p> <p>f) Valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti dei risultati degli esami e degli eventuali</p> <p>g) Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione;</p>	<p>a) Invio elenco aggiornato;</p> <p>b) Pianificazione delle verifiche su base annua;</p> <p>c) 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>	50
3	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
OBIETTIVI QUALITATIVI			
		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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) e s.m.i.	Relazione su base annua	10
2	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

SIAV AREA C - NORD			
CdR	OBIETTIVI 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 il 30/06	5
2	Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario: controllo e registrazione ricette.	1) N° Allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare= 100 % rispetto alla programmazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC) 2) N° ricette registrate e controllate /N° ricette pervenute= 100 %	15
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>	a) Esiti del Controllo Ufficiale su base annua; b) rappresentazione sintetica dei Controlli Ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC)	50
3	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	10
4	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

CdR		SIAV AREA A - SUD	
OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	<p>Attuazione Ordinanza Ministero della Salute ORDINANZA 6 giugno 2017 Proroga, con modifiche, dell'ordinanza 28 maggio 2015, recante: «Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica». (GU Serie Generale n.145 del 24-06-2017)</p> <p>eradicazione della la brucellosi (BRC) negli allevamenti bovini/bufalini</p> <p>eradicazione della brucellosi (BRC) negli allevamenti ovis/caprini</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 ovis 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>	30
2.a	<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 ai sensi della DGSF n.3475/2017, verifica applicazione norme di biosicurezza negli allevamenti).</p> <p>Salmonellosi aviaria: (Piano Nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli 2016/2018): 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 secondo lo schema riportato negli allegati IV (per allevamenti da ingrasso) e V (per allevamenti a ciclo aperto o chiuso) dell'O.M. 12/04/2008.</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>West Nile disease: attività di sorveglianza che prevede il monitoraggio sierologico a campione su sieri di cavalli per rilevare la presenza di IgM, utili all'identificazione di una recente circolazione del WNV.</p> <p>rabbia: controlli previsti in caso di morsicatura</p>	<p>Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2018 entro il 31/03/2019</p> <p>N° controlli da effettuare/N° controlli effettuati</p> <p>N° campionamenti ufficiali (previsti al punto 6.3.2 del Piano 2016 -2018/N° campioni effettuati</p> <p>n° campioni assegnati/N° campioni effettuati</p> <p>n° prelievi di sangue montoni da effettuare/N° campioni effettuati</p> <p>n° interventi richiesti/N° campioni effettuati</p> <p>n° prelievi da effettuare/N° campioni effettuati</p> <p>numero di campioni stabiliti dalla regione Puglia per la ASL FG/ N° campioni effettuati</p> <p>numero denunce ricevute/ N° controlli effettuati</p>	20
2.b	<p>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.</p>	<p>Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2018 entro il 31/03/2019. n° nuovi allevamenti infetti/ N° indagini epidemiologiche effettuate=100</p>	
2.c	<p>Sorveglianza sanitaria sugli allevamenti di acquacoltura: verifica episodi di mortalità nelle specie ittiche; Rilascio autorizzazione sanitaria (D.lgs 148/2008 art 4; D.M. 3 agosto 2011); qualifica sanitaria (categoria)</p>	<p>Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2018 entro il 31/03/2019</p>	
3	<p>Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Integrazione per il 2015" (di cui alla Determinazione SPATP n. 220 del 16.06.15): Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN</p> <p>controllo sugli allevamenti bovini-bufalini, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti ovis-caprini, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti SUINI, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti EQUIDI, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti AVICOLI, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p> <p>controllo sugli allevamenti API, in materia di identificazione e registrazione degli animali</p>	<p>aziende/allevamenti inseriti in BDN/aziende con georeferenziazione; allevamenti attivi/allevamenti con qualifica sanitaria = 100%</p> <p>il 5% degli allevamenti registrati in BDN a inizio anno</p> <p>il 5% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno</p> <p>il 5% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno</p> <p>il 7% degli allevamenti registrati in bdn con più di 1 capi</p> <p>il 10% degli allevamenti registrati in bdn con più di 250 capi</p> <p>1% di tutti gli allevamenti di api registrati in banca dati nazionale</p>	15
4	<p>Fornire un elenco suddiviso per comune e settore di attività delle aziende oggetto di intervento. Indicare la data di ultima verifica</p>	<p>a) Invio elenco aggiornato; b) Pianificazione delle verifiche su base annua; c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nel 2015 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. Entro il 31 luglio 2016.</p>	5
5	<p>Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina aggiornando puntualmente l'anagrafe canina. Denunce per aggressioni da cani randagi.</p> <p>Controlli sui canili sanitari e sui rifugi.</p>	<p>cani randagi catturati identificati/ cani randagi catturati ed iscritti all'Anagrafe canina Regionale = 100%</p> <p>N° canili sanitari/n° controlli=30%</p>	10
6	<p>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.</p>	<p>Spesa sostenuta = budget assegnato.</p> <p>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.</p>	5
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	<p>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,</p>	<p>Report annuale</p>	5
2	<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. 229/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti</p>	20

SIAV AREA B - SUD			
CDR	OBIETTIVI 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. - Attività di controllo per Anisakis	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; (valido per l'Area NORD) - 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; (valido per l'Area SUD) - 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, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;</p> <p>c) Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale;</p> <p>d) Disposizioni di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti;</p> <p>e) Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.</p> <p>f) Valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti dei risultati degli esami e degli eventuali</p> <p>g) Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione;</p>	<p>a) Invio elenco aggiornato;</p> <p>b) Pianificazione delle verifiche su base annua;</p> <p>c) 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>	50
3	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
OBIETTIVI QUALITATIVI			
		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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) e s.m.i.	Relazione su base annua	10
2	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

SIAV AREA C - SUD			
CdR	OBIETTIVI 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 il 30/06	5
2	Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario: controllo e registrazione ricette.	1) N° Allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare= 100 % rispetto alla programmazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC) 2) N° ricette registrate e controllate /N° ricette pervenute= 100 %	15
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>	a) Esiti del Controllo Ufficiale su base annua; b) rappresentazione sintetica dei Controlli Ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC)	50
3	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	10
4	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

CdR		DIREZIONE DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO TERRITORIALE	
OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli MMG	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antipertensivi); F12.11a-Sartani] = 80%	10
2	Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica. Progetto pilota con PLS del DSS di Manfredonia mirato a verificare se l'uso dei Test Diagnostici Rapidi in vitro impatta positivamente sul corretto uso degli antibiotici in età pediatrica	SI / NO con il coinvolgimento di almeno 5 PLS	10
3	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto = 178 euro	10
4	Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta) > 85%	10
5	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC): Epoline > 60%; Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%; Anti TNF alfa > 30%; Insulina glargine > 50%	10
6	Redazione Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo Edotto con la collaborazione dei distretti % Piani terapeutici informatizzati > del 90% del totale	lettera di richiamo al 100% dei medici inadempienti (ad eccezione dei non censiti in Edotto) - report sui richiami effettuati	5
7	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto "1 ciclo post visita specialistica ambulatoriale"	% di prescrizioni specialistiche informatizzate > del 90% del totale	10
8	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Attivazione del Primo ciclo sul DSS di Foggia	5
9	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi > 90% 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%	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 = 20 gg.	5
11	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
12	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
13	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
14	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

2018

14 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO OSPEDALIERO - ASL FG Foggia

CdR		DIREZIONE AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO	
OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epotiline > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%	10
2	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Monitoraggio e attività finalizzate (incontri) alla riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi)	10
3	Controllo sulla Redazione Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo Edotto	Riscontro al Controllo di Gestione sul numero dei PT non inseriti in Edotto	10
5	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico = 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia	10
6	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rievitate negli ultimi 6 mesi > 90% 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%	10
7	Migliorare il tasso di esecuzione delle sentenze sfavorevoli di condanna (decreti ingiuntivi): fornire informativa documentata alla Struttura Burocratico-legale entro 25 gg. dal ricevimento della richiesta per la relativa opposizione entro i termini di legge (40 gg).	SI/NO in contraddittorio con la SBL	10
8	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
9	Monitoraggio del deposito farmaceutico nelle unità operative farmacie e nelle singole unità operative dei Presidi e gestione farmaci in scadenza	Riduzione del valore economico di farmaci, dispositivi, presidi scaduti	5
10	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
11	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali 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
2	Allineamento tempestivo dei centri di costo/prelievi con il nuovo Piano dei Centri di Costo	SI / No	5
3	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

2018		15 - COORDINAMENTO EMERGENZA / URGENZA - ASL FG Foggia		
CdR		COORDINAMENTO EMERGENZA / URGENZA		
		OBIETTIVI 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	10
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	Riorganizzazione rete emergenza-urgenza: attuazione disposizioni regionali sulla riconversione dei PPI in PPIT		Supporto alla Direzione nel rispetto alle indicazioni contenute nella DGR n. 129/2018 (Programma Operativo 2016-2018)	10
4	Intervallo allarme - Target dei mezzi di Soccorso		Indicatore: riduzione del 20% rispetto al Valore 2015	10
5	Efficienza operativa ASL		Scostamento tra costi e ricavi [Legge di Stabilità 208/2015] (Ind. MES F1.4) < 10%	15
6	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
7	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
8	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
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.	5
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	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 Deliberazione di G.R.	5
2	Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato		Report semestrale	5
3	Formazione BLSd e ALS		Organizzazione corsi BLSd e ALS per le Unità operative dei PP.OO. = almeno n. 1 per ogni Presidio	10

2018

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

AREA GESTIONE RISORSE UMANE			
CdR	OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Rideterminazione del Fabbisogno del personale in grado di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza	S/NO: in attuazione delle disposizioni regionali	10
2	Adeguamento alla programmazione regionale vigente in materia di parametri standard per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali) aziendali.	Conferimenti incarichi delle SC, SSD, SS, PO e Coordinamenti	10
3	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	S/NO in contraddittorio con la SBL	5
4	Ricognizione contenzioso relativo al personale	1) Creazione archivio legale = S/NO 2) monitoraggio alla Direzione sui tempi medi di esecuzione delle sentenze	5
5	Rilevazione automatica presenze del personale convenzionato (specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale, 118 e medicina dei servizi)	Implementazione procedure avviate = SI / No	10
6	Assegnazione del Budget dello straordinario e delle prestazioni aggiuntive alle strutture aziendali	presentazione entro il 30/11 del piano di costituzione e attribuzione budget straordinario alle strutture	10
7	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento dei budget assegnati alle singole strutture sulle voci: straordinario; indennità di missione; reperibilità.	trasmettere la reportistica trimestrale alle strutture	5
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	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	peso
1	Applicazione del Regolamento Rilevazione Presenze di cui alla Delibera DG n. 697/17 e dei vari istituti in esso previsti	Dettagliata relazione annuale alla Direzione e al CdG	10
2	Deflazionamento del contenzioso relativo al personale	Procedure condivise con SBL e AGRF	10
3	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
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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

2018

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

CdR		AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE		
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Concorrere con il Controllo di Gestione al completamento del sistema di contabilità analitica anche relativamente all'ALPI		S/NO	5
2	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
3	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
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
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	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
2	Deflazionamento del contenzioso		1) Procedure condivise con SBL e AGRU	10
3	Dotare gli sportelli CUP di POS		100% degli sportelli Cup	
4	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
5	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
6	Attuazione di una corretta e verificabile 'sterilizzazione' associando in contabilità ciascun cespite con la relativa fonte di finanziamento.		100%	10
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. 228/2018 e per la verifica degli	10

2018

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

AREA GESTIONE TECNICA - Manutenzione straordinaria e ordinaria Area Nord			
CdR	OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Capitalizzazione dei costi di manutenzione straordinaria siano essi in amministrazione diretta o affidati.	Rendiconto entro il 30 giugno 2018 dei lavori in corso; entro il 31 gennaio 2019 rendiconto delle commesse chiuse e delle commesse aperte.	10
2	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
3	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
4	Avanzamento del Piano Pluriennale degli Investimenti per Interventi infrastrutturali a valere sui fondi POR 2014-2020 e con altri finanziamenti esterni alla ASL.	Predisposizione su ciascun finanziamento del quadro economico di attuazione. Entro il 30 giugno 2018 rendiconto dei programmi; relazione semestrale sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato	10
5	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	100%	10
6	Regolarizzazione degli Adempimenti IMU -TARI	Definizione della situazione al 30 luglio 2018 Regolarizzazioni effettuate	N° 10
7	Gestione del Patrimonio Immobiliare: 1) Monitoraggio e censimento delle strutture - Inventarizzazione dei Beni Immobili tra disponibili ed indisponibili	punto 1) : inventario degli immobili da reddito anche ai fini del popolamento del Libro Cespi punto 2) : S/NO	10
8	Gestione informatizzata delle manutenzioni ordinarie con il programma EUSISGEST con l'uso di adeguato software	S/NO	10
OBIETTIVI QUALITATIVI			
	OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	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
2	Attualizzazione dei crediti verso la Regione Puglia relativi ai fondi comunitari e agli investimenti ex art. 20 L. 67/1988 ai fini di una corretta riconciliazione con i valori di bilancio	Relazione per rendicontare i programmi sottoscritti per l'utilizzo dei fondi comunitari e per gli investimenti ex art. 20 L. 67/1988; relazione semestrale sullo stato di attuazione dei singoli interventi da consegnare entro il mese successivo alla chiusura del semestre.	5
3	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
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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

2018

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

CdR		AREA GESTIONE TECNICA - Manutenzione straordinaria e ordinaria Area Sud		
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Capitalizzazione dei costi di manutenzione straordinaria siano essi in amministrazione diretta o affidati.		Rendiconto entro il 30 giugno 2018 dei lavori in corso; entro il 31 gennaio 2019 rendiconto delle commesse chiuse e delle commesse aperte.	10
2	In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente ricorso a Consip Spa e agli altri Soggetti per lo svolgimento delle relative procedure di adesione(D.leg.vo 50/2016)		Valore degli acquisti attraverso convenzioni > 2017	5
3	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
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	Avanzamento del Piano Pluriennale degli Investimenti per Interventi infrastrutturali a valere sui fondi POR 2014-2020 e con altri finanziamenti esterni alla ASL.		Predisposizione su ciascun finanziamento del quadro economico di attuazione. Entro il 30 giugno 2018 rendiconto dei programmi; relazione semestrale sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato	10
6	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti		100%	10
7	Regolarizzazione degli Adempimenti IMU - TARI		Definizione della situazione al 30 luglio 2018 Regolarizzazioni effettuate	N° 10
8	Predisposizione del programma per la gestione della sicurezza degli impianti a servizio delle strutture aziendali mediante affidamenti dei relativi servizi di manutenzione ordinaria		SI/No	5
9	Ampliamento degli spazi destinati al Pronto soccorso del P.O. di Cerignola		SI/NO	5
10	Inventario dei beni immobili disponibili ed indisponibili		Inventario degli immobili da reddito anche ai fini del popolamento del libro cespiti	5
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	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
2	Attualizzazione dei crediti verso la Regione Puglia relativi ai fondi comunitari e agli investimenti ex art. 20 L. 67/1988 ai fini di una corretta riconciliazione con i valori di bilancio		Relazione per rendicontare i programmi sottoscritti per l'utilizzo dei fondi comunitari e per gli investimenti es art. 20 L. 67/1988; relazione semestrale sullo stato di attuazione dei singoli interventi da consegnare entro il mese successivo alla chiusura del semestre.	5
3	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

2018

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

Servizio PREVENZIONE e PROTEZIONE - SPP

1	Aggiornamento del DVR e predisposizione delle procedure Sistema Gestione Sicurezza Lavoratori (SGSL) Realizzazione DVR aziendale integrando la parte relativa alla valutazione dei rischi mancanti	a) Aggiornamento dinamico del DVR aziendale e relativa adozione dello stesso da parte del Datore di lavoro, b) adozione del Sistema SGSL ed approvazione del Manuale Operativo della Sicurezza	15
2	Sopralluoghi negli ambienti di Lavoro. Definire i rischi degli ambienti di lavoro mediante la visita degli stessi	Numero ambienti visitati con relazioni dedicate	10
3	Informare e Formare Dirigenti, Preposti e Lavoratori. Assicurare la formazione di dirigenti e preposti; assicurare la formazione ai lavoratori sul rischio MMC (Movimentazione Manuale dei Carichi pazienti)	Attuazione moduli formativi per dirigenti e preposti eravoratori	15
4	Responsabilità amministrativa dell'Ente ai sensi D.Leg.vo 231.Redigere il regolamento per la gestione del sistema in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro con puntuale definizione di dirigenti -preposti e relativo sistema di deleghe	Si/no	10
5	Flussi informativi sullo stato di salute della popolazione lavorativa della ASL FG. Informatizzazione della cartella sanitaria e di rischio dei dipendenti ASL FG	numero visite informatizzate = circa 500/anno	10
6	Piani di emergenza ed evacuazione	Redazione e diffusione dei piani emergenza ed evacuazione per i PP.OO. e realizzazione di almeno di n°1 esercitazione di evacuazione per minimo n° 1 U.O. di ciascun P.O.	10
7	Valutazione rischio aggressione	Adozione della procedura e monitoraggio degli standard di sicurezza inerenti il rischio aggressione	15
8	Sorveglianza sanitaria per il rischio MMC-MAPO. Definizione di procedure omogenee per MMC/MAPO .	a) giudizi medico-legali omogenei rispetto alle linee guida regionali; b) correlare le prescrizioni-limitazioni del giudizio del medico competente alle attività della specifica mansione	15

CdR

AREA GESTIONE TECNICA - UOS Ingegneria Clinica

OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso	peso
1	Avanzamento del Piano Pluriennale degli Investimenti per Interventi a valere sui fondi POR 2014-2020 e con altri finanziamenti esterni alla ASL.	Predisposizione su ciascun finanziamento del quadro economico di attuazione. Entro il 30 giugno 2018 rendiconto dei programmi; relazione semestrale sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato	10
2	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	100%	10
3	Aggiornamento dell'inventario delle apparecchiature elettromedicali	100% di completamento inventario e riordino documentazioni per macrostruttura	10
4	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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 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	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

OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	peso
1	Predisposizione atti di gara per acquisizione apparecchiature elettromedicali	Si/No	10
2	Collaborazione con il SIA e con il DPO per la gestione delle apparecchiature in rete dal punto di vista della sicurezza e privacy	Incontri verbalizzati	15
3	Predisposizione del Piano di manutenzione annuale delle apparecchiature elettromedicali	Si/No	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

CdR				AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO	
OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso		peso	
1	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente, le ASL per tutte le categorie di beni e servizi nonché per le soglie individuate entro il 31 dicembre di ogni anno con apposito DPCM, ricorrono a Consip SPA e agli altri Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure di acquisto. Per tutte le altre le ASL sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni-quadro stipulate da Consip SPA.	1) Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2018) >= Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2017) 2) Mappatura degli acquisti effettuati con relativa procedura di gara seguita		10	
2	Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	Indizione e avvio procedure di affidamento		5	
3	Affidamento annuale in convenzione della gestione delle postazioni di ambulanze e delle postazioni di Automedica del Servizio Emergenza-Urgenza - 118	Indizione e avvio procedure di affidamento		5	
4	Gestione del "Centro Accoglienza Art Village"	Indizione e avvio procedure di affidamento		5	
5	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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	
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	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	
8	Inventario degli immobili da reddito (fitti attivi) in collaborazione con l'Area Tecnica.	S/NO		10	
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/ risultato atteso		peso	
1	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità di Vigilanza sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	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	
2	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		10	
3	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)		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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti		10	

2018

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

CdR				AREA COORDINAMENTO DEI SERVIZI SOCIO SANITARI			
OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso		peso			
1	Gestione dei rapporti convenzionali con gli Enti Locali e le strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie	N° verifiche effettuate / n° verifiche programmate = 100%		15			
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 (RSSA) 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 accordi secondo lo schema-tipo di riferimento entro il 31/3/2017 (per RSA ed RSSA a scadenza contratto) (SI/NO)		10			
5	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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			
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 data di registrazione fattura.		15			
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso		peso			
1	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 (Flussi FAR) dovranno trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalle Deliberazioni di G.R.		5			
2	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)		10			
3	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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti		10			

2018

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR		S.C. BUROCRATICO LEGALE		
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Deflazionamento del contenzioso		Diminuzione del contenzioso; predisposizione di procedure condivise con AGRU e AGRF	10
2	Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione per ciascuna procedura: a) Legale incaricato; b) stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali); c) fase del contenzioso; d) altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione.		Inventario aggiornato Si/NO	10
3	Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso, relative all'Ufficio sinistri, suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione per ciascuna procedura: 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) altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione.		Inventario aggiornato Si/No	10
4	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
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	Supporto all'AGREF per gestione procedure esecutive di riscossione coattiva dei crediti		N° procedure esecutive concluse / N° procedure esecutive > 80%	5
7	Predisposizione di procedure condivise con l'AGREF sulla gestione dei decreti ingiuntivi		SI/NO	10
8	Pignoramenti c/o terzi - ASL terzo pignorato. e svincolo somme pignorate c/o tesoreria ASL- BPM a seguito di elenchi forniti dall'AGREF	Verifica	Somme svincolate >60% somme esistenti al 01/01/2018	15
9	Aumento delle cause affidate a legali interni e riduzione delle cause affidate ai legali esterni		numero cause affidate all'esterno / Numero cause totali	10
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Attuazione delle azioni previste nel Piano aziendale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di competenza della struttura		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. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	10

2018

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR

S.C. CONTROLLO DI GESTIONE

OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso	peso
1	Piano dei Centri di Costo	Predisposizione del nuovo Piano dei Centri di Costo e aggiornamento periodico = SI/NO	15
2	Concorre con la Direzione Strategica alla definizione e negoziazione degli obiettivi per ciascuna struttura complessa e/o CdR	elaborazione Obiettivi specifici di attività 2018 e relative schede = SI/NO	15
3	Concorrere con l'Area Risorse Finanziarie al completamento del sistema di contabilità analitica per l'ALPI	SI/NO	10
4	Definizione e aggiornamento del CE per macrostrutture nel rispetto della normativa vigente	SI/NO	10
5	Predisposizione regolamento di Budget	SI/NO	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Collaborazione e supporto alla Struttura Tecnica Permanente nella elaborazione della Relazione della Performance ai sensi dell'art. 10 Dlgs 150/2009.	SI /NO	10
2	Collaborazione e supporto alla Struttura Tecnica Permanente nella elaborazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa ai sensi del Dlgs 150/2009.	SI /NO	10
3	Supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione per la valutazione del grado di raggiungimento della Performance organizzativa	Partecipazione alle sedute dell'OIV e supporto operativo = SI/NO	10

2018

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR			
SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI			
	OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Realizzazione nuova rete geografica WAN IP MPLS larga banda con portanti in fibra ottica e rame nell'ambito del Sistema Pubblico di Connettività SPC2, Piano Triennale AgID, e riprogettazione delle reti radio di lunga distanza.	Attivazione del 90% delle sedi di progetto	10
2	Realizzazione nuovi impianti di rete locale LAN con portanti in fibra ottica 10G sulle sedi di Piazza Libertà e viale Fortore, realizzazione nuovo locale tecnico presso Piazza Libertà, acquisizione e avviamento del nuovo sistema telefonico IP con servizi integrati di comunicazione video e collaboration.	Attivazione del 90% delle utenze di progetto sulla nuova infrastruttura dati, telefonia, collaboration.	10
3	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).	<i>Indicatore/risultato atteso:</i> Integrazione RIS con applicativo One Care e CUP	5
4	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
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	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario elettronico	Integrazione delle applicazioni (LIS e cartella clinica) con FSE	5
7	Avvio a regime delle prenotazioni e dei pagamenti online. Avvio del portale dei referti.	Attivazione dei servizi previsti dalla DGR n. 231/2016 in misura > del 20%	5
8	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata da medici specialisti	Monitoraggio sul raggiungimento delle percentuali previste dalla DGR 2196/2016 e segnalazione di anomalie e disallineamenti. Potenziamento della dotazione tecnico-informatica al fine del passaggio alla ricetta dematerializzata anche per le prestazioni specialistiche.	10
9	Bonifica e cessazione delle linee telefoniche/CDF non più utilizzate sulle sedi ASL, in previsione dell'ammodernamento dell'intero sistema telefonico e dati aziendale.	Riduzione del 30% della spesa telefonica, riduzione del 30% delle linee fisiche	10
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 = 20 gg.	5
	OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Dematerializzazione della documentazione in collaborazione con la Programmazione Aziendale	a) Completamento fornitura dispositivi di firma digitale. B)Integrazione negli applicativi Paleo - Open Act	10
2	Collaborazione con il Dpo per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR)	Numero di incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento	10
3	Potenziamento della dotazione tecnico-informatica	Numero di postazioni installate e configurate nel 2018, numero di postazioni aggiornate	10

2018

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR		S.C. STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA		
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Analisi demografica della popolazione dell'ASL Foggia. Aggiornamento.		aggiornamento annuale	10
2	Analisi dello stato di salute della popolazione dell'Asl Foggia. Aggiornamento		aggiornamento annuale	10
3	Analisi delle cause di ospedalizzazione della popolazione dell'Asl Foggia. Aggiornamento		aggiornamento annuale	10
4	Analisi epidemiologica delle principali patologie prevalenti nella popolazione dell'Asl Foggia. Aggiornamento		aggiornamento annuale	10
5	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 di sintetici report semestrali	10
6	Formulazione di protocolli operativi (o incontri) con le Direzioni dei Distretti, con le Direzioni Mediche ospedaliere, con le Direzioni dei Dipartimenti e delle Aree Aziendali al fine di ottimizzare la raccolta dei dati necessari per la formulazione dei modelli informativi ministeriali		Relazione sulle attività svolte.	10
7	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
8	Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori)		Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori)	10
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.		Nella qualità di responsabile aziendale degli adempimenti relativi alla gestione dei flussi, esercita l'azione di monitoraggio e sollecita le strutture ritardatarie relativamente ai singoli adempimenti, affinché forniscano i dati e le informazioni che dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 429/17	10
2	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio		Verifica ed inserimento in NSIS secondo le scadenze	10

2018

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR		S. S. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE		
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Cura e istruttoria di Protocolli di intesa, Accordi di programma e Convenzioni di carattere generale	SI/NO - fornire relazione		10
2	Adeguamento del Protocollo Informatico alle nuove regole dell'AGID	SI/NO		10
3	Aggiornamento atto di organizzazione e funzionamento aziendale a seguito di Direttive nazionali e regionali	SI/NO		10
4	Attuazione delle indicazioni regionali in materia di Presidi territoriali di Assistenza (PTA)	N° documenti trasmessi alla Regione (Almeno n° 2)		10
5	In collaborazione con il SIA realizzazione della firma digitale sugli atti	SI/NO		10
6	Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI)-Privacy	Monitoraggio semestrale		10
7	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
8	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
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 = 25 gg.		10
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI)	b) Realizzazione della giornata della trasparenza		10
2	Predisposizione manuale di protocollo: 1) di gestione documentale; 2) predisposizione del titolare e del massimario di scarico	Elaborazione protocollo		10

2018

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR		S.S. FORMAZIONE		
		OBIETTIVI 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 corsi per il rilascio del patentino d'idoneità ai medici alle funzioni di emergenze-urgenze territoriali		N° 1 corso annuo e indicazione del numero dei medici formati	15
3	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
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	Organizzazione, in accordo con il RPC e l'Area Gestione del Personale, di attività Formazione e aggiornamento professionale sull'anticorruzione e sulla trasparenza amministrativa.		S/NO	5
5	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. S/NO	15
7	Attivazione di corsi di formazione permanente dei MMG e PLS		N° 4 corsi- Relazione sull'attivazione	15
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Soddisfacimento delle richieste tirocini gratuiti e stage in Azienda		100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa	10
2	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		S/NO	10

2018

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR		S.S. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	
OBIETTIVI 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	Aggiornamento periodico sul Contact Center estendendo alle sedi delle Farmacie e Parafarmacie del territorio provinciale	SI/NO	5
3	Creazione di un software per la rilevazione della customersatisfaction con il servizio informatizzazione	SI/NO	10
4	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Campagna informativa e di sensibilizzazione nei confronti di tutti i medici prescrittori. SI/NO	10
5	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1600/2017 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
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.	5
7	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
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	peso
1	Promozione e gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il portale della Salute.	Ridefinizione del processo	5
2	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.	a) N° campagne realizzate per il vasto pubblico b) N° di campagne realizzate per un pubblico target	10
3	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
4	Redazione del Piano di Comunicazione istituzionale e sua diffusione interna	Aggiornamento annuale	5
5	Predisposizione di un Piano di accoglienza che preveda la formazione, in collaborazione con la struttura Formazione, di personale interno ed esterno per accoglienza e accompagnamento dell'utenza agli sportelli Front Office	SI/NO	5
6	Revisione della composizione del Comitato consultivo Misto	SI/NO	5
7	Valutazione della qualità percepita ai sensi della DGR 300/2016	Somministrazione al 100% dei pazienti in ADI del questionario di gradimento da predisporre con l'URP	10
8	Valutazione della qualità percepita ai sensi della DGR 300/2016	Predisposizione e somministrazione del questionario di gradimento per i tre PP.OO.. SI/NO	10

2018

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

CdR		S.S. UVARP	
OBIETTIVI QUANTITATIVI		Indicatore/risultato atteso	peso
1	appropriatezza cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera privata) R.O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali	a) 100% dei ricoveri "ad alto rischio di inapproprietezza" dando priorità a: DH medici, parti cesarei, ipertensione, diabete, intervento di liberazione tunnel carpale e fratture di femore in pazienti con età > 65 anni; b) controlli analitici casuali significativi delle cartelle cliniche totali (30%)	15
2	appropriatezza cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera diretta) R.O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali	numero sdo verificate/numero sdo pervenute (5%)	10
3	appropriatezza cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera riabilitativa post-acuzie privata) RIAB. COD. 56	numero sdo verificate/numero sdo pervenute (20%)	10
4	Riabilitazione ex art.25 L.833/1978: appropriatezza prescrittiva	numero prescrizione verificate/totale prescrizioni (20%)	10
5	Riabilitazione ex art.26 L.833/1978: appropriatezza prescrittiva in collaborazione con il Dipartimento di riabilitazione	numero prescrizione verificate/totale prescrizioni (20%)	10
6	Controlli sull'appropriatezza cartella clinica/congruità sdo R.O. -DH/DS dell'Azienda Universitaria-Ospedaliera "OO.RR.Riuniti"	Controlli su almeno il 10% delle cartelle cliniche	15
7	Monitorare attraverso una rigorosa valutazione dei piani di cura, la degenza media negli istituti di riabilitazione (ricoveri residenziali e non residenziali), con evidenza dei controlli effettuati.	Report trimestrali	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.	5
OBIETTIVI QUALITATIVI		Indicatore/risultato atteso	peso
1	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
2	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