

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Appropriatezza e Qualita'	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per pazienti sospetti Covid in OBI - Pronto soccorso	Relazione sul tempo di refertazione e consegna referto (min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame)	Laboratori Analisi	entro 2 ore	entro 2 ore	entro 2 ore
Appropriatezza e Qualita'	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per posti letto Covid della Terapia intensiva e semi intensiva, della Medicina Interna, Cardiologia, Ginecologia , Pediatria e Neonatologia	Relazione sul tempo di refertazione e consegna referto (min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame)	Laboratori Analisi	entro 2 ore	entro 2 ore	entro 2 ore
Appropriatezza e Qualita'	Riduzione dei tempi di refertazione	Ridurre i tempio di refertazione degli esami per i pazienti interni ed esterni	Senologia Territoriale	In giornata per pz interni, entro 5 gg per pz esterni;	In giornata per pz interni, entro 5 gg per pz esterni;	In giornata per pz interni, entro 5 gg per pz esterni;
Appropriatezza e Qualita'	Riduzione dei tempi di refertazione	Ridurre i tempio di refertazione degli esami per i pazienti esterni	Radiodiagnostica Territoriale III livello	<=7 gg.	<=7 gg.	<=7 gg.
Appropriatezza e Qualita'	Riduzione tempi di esecuzione, refertazione e consegna degli esami per pazienti interni ed esterni	Relazione sul tempo di refertazione e consegna referto	Radiologie	entro 48 ore paz. Interni entro 10 gg paz. Esterni (da relazione semestrale)	entro 48 ore paz. Interni entro 10 gg paz. Esterni (da relazione semestrale)	entro 48 ore paz. Interni entro 10 gg paz. Esterni (da relazione semestrale)
Appropriatezza e Qualita'	Esecuzione e processazione dei tamponi in Biologia Molecolare per la diagnosi da Covid-19	Relazione con l'indicazione del numero di esami	Laboratori Analisi	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Collaborazione intra-dipartimentale e con le Direzioni mediche ed amministrative di presidio di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche	Relazione del Direttore di dipartimento	Tutte le strutture di ricovero e servizi ospedalieri	Relazione semestrale del Direttore di Dipartimento	Relazione semestrale del Direttore di Dipartimento	Relazione semestrale del Direttore di Dipartimento
Appropriatezza e Qualita'	Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. assegnati e contribuire all'autosufficienza regionale degli stessi	Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno.	Centro Trasfusionale	4 Report	4 Report	4 Report
Appropriatezza e Qualita'	Contribuire al miglioramento della pratica trasfusionale mediante la verifica costante dell'appropriatezza delle richieste di sangue ed emocomponenti da parte delle UU.OO. di degenza.	Valutazione dell'appropriatezza delle richieste-relazione	Centro Trasfusionale	Relazione semestrale con report	Relazione semestrale con report	Relazione semestrale con report
Appropriatezza e Qualita'	Mantenimento dell'Accreditamento dei CT.	Relazione	Centro Trasfusionale	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)
Appropriatezza e Qualita'	Gestione del paziente anemico	Relazione dettagliata	Centro Trasfusionale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Gestione del paziente in terapia TAO	Relazione dettagliata	Centro Trasfusionale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Gestione ambulatorio di supporto trasfusionale per pazienti anemici cronici	Relazione dettagliata	Centro Trasfusionale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Stipulare accordo/convenzioni con le Case di Cura private finalizzati alla cessione di emocomponenti.	Almeno n. 1 convenzione/accordo.	Centro Trasfusionale	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)
Appropriatezza e Qualita'	Attivazione di esami da eseguire come controllo di qualità sulle unità di sangue ed ogni tipo di emocomponente per garantire la qualità della produzione e la sicurezza del paziente	Valutazione dell'appropriatezza e della qualità	Centro Trasfusionale	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)
Appropriatezza e Qualita'	Gestione delle Linee guida PBM e corretta applicazione della procedura operativa standard richiesta, assegnazione e consegna emocomponenti	Relazione	Centro Trasfusionale	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)	Relazione (SI/NO)
Appropriatezza e Qualita'	Rispetto tempi di attesa per mammografia in considerazione delle classi di priorità (PNLA)	Riduzione tempi di attesa rispetto al 2021	Radiologie, Oncologia	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg(strumentali) P=120gg	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg(strumentali) P=120gg	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg(strumentali) P=120gg
Appropriatezza e Qualita'	Gestione follow up	Esecuzione follow-up oncologici	Senologia Territoriale	Entro 10 gg.	Entro 10 gg.	Entro 10 gg.
Appropriatezza e Qualita'	Garanzia di accessi separati ed in sicurezza di utenti e predisposizione di un accesso dedicato per effettuazione di esami radiologici e di diagnostica per immagini per pazienti esterni	Relazione con l'indicazione della data di attivazione	Radiologie	Relazione	Relazione	Relazione
Appropriatezza e Qualita'	Miglioramento attività di "filtro" del reparto.	Riduzione del tasso di ricovero privilegiando altri setting assistenziali più appropriati	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	<20% (laddove non in linea con valori standard)	<20% (laddove non in linea con valori standard)	<20% (laddove non in linea con valori standard)
Appropriatezza e Qualita'	Ridurre i casi di abbandoni spontanei del Pronto Soccorso da parte dei pazienti attraverso il miglioramento dei servizi resi sia per tempistica che per organizzazione. Analisi della casistica e delle azioni da attivare per il suo contenimento	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Miglioramento Performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)
Appropriatezza e Qualita'	Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti	N. accessi suddivisi per codice di accesso	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Report trimestrale	Report trimestrale	Report trimestrale

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Appropriatezza e Qualita'	Incremento tempestività delle prestazioni	% Accessi in P.S. con codice arancione visitati entro 30 min. (Ind. MES C16.1)	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Miglioramento Performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)	Miglioramento Performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)
Appropriatezza e Qualita'	Applicazione di un protocollo condiviso sulla gestione del dolore toracico (MCAU-Cardiologia) per contribuire alla riduzione della mortalità a 30 gg. dopo IMA.	% pazienti con dolore toracico trattati secondo le procedure previste nel protocollo	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Integrazione con il 118 e con i DSS di appartenenza coordinata dal Responsabile del Dip. di Emergenza-Urgenza	N° 2 incontri annui (uno con il 118 e uno con il DSS di riferimento) da verbalizzare	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Definizione nel corso dell'anno di un correttivo per ogni evento sentinella verificatosi	Esistenza di un protocollo per ogni evento sentinella	SS Rischio Clinico	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella
Appropriatezza e Qualita'	Attivazione di almeno n°3 safety walkaround verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	Verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	SS Rischio Clinico	n.3 verbali	n.3 verbali	n.3 verbali
Appropriatezza e Qualita'	Miglioramento delle procedure esistenti per la prevenzione del rischio da infezioni ospedaliere e attivazione di almeno 1 audit per ciascuna struttura aziendale interessata	Verbale di audit con Unità operative interessate	SS Rischio Clinico	Numero di audit effettuati nell'anno / Numero di audit programmati >75%	Numero di audit effettuati nell'anno / Numero di audit programmati >75%	Numero di audit effettuati nell'anno / Numero di audit programmati >75%
Appropriatezza e Qualita'	Costituzione gruppi di lavoro per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali	Verbale incontri	SS Rischio Clinico	n. 4 verbali	n. 4 verbali	n. 4 verbali
Appropriatezza e Qualita'	Incontri annuali con Direttori di Unità Operative (PP.OO., Distretti e Dipartimenti) per la mappatura inappropriata su sinistri pagati	Report semestrale inappropriata con l'indicazione dell'inappropriata	SS Rischio Clinico	N. 2 report	N. 2 report	N. 2 report
Appropriatezza e Qualita'	Implementazione della rete per le emergenze cardiologiche tra le strutture ospedaliere dell'Azienda attraverso la stesura di protocolli condivisi al fine di migliorare la gestione del rischio clinico dei pazienti affetti da Sindrome Coronarica Acuta	Relazione + Protocolli	Cardiologia	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Implementazione di Medical Audit su casi clinici di particolare rilevanza nell'ottica dell'integrazione Dipartimento-Territorio	N° 4 Medical Audit	Cardiologia	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale
Appropriatezza e Qualita'	Miglioramento della gestione degli eventi avversi	n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	Anestesia e Rianimazione, UU.OO. Chirurgiche Ospedaliere e Mediche	Verbal audit	Verbal audit	Verbal audit
Appropriatezza e Qualita'	Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	Corretta e completa compilazione della check list preoperatoria	Anestesia e Rianimazione	Relazione annuale	Relazione annuale	Relazione annuale
Appropriatezza e Qualita'	Correttezza e completezza della cartella clinica/anestesiologica	Report annuale con l'indicazione del numero delle cartelle conformi e il numero delle cartelle controllate	Anestesia e Rianimazione	95%	95%	95%
Appropriatezza e Qualita'	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 anestesico. Adeguata pianificazione dell'anestesia e attuazione del consenso informato.	Relazione annuale con l'indicazione del numero degli interventi rinviati per pazienti ricoverati e già preparati	Anestesia e Rianimazione	Riduzione rispetto all'anno 2019	Riduzione rispetto all'anno 2020	Riduzione rispetto all'anno 2021
Appropriatezza e qualità	Corretta gestione delle Sale Operatorie	Coordinare un sistema snello di gestione delle sale operatorie volto al rispetto dei tempi di ingresso in sala operatoria e alla corretta programmazione della seduta	Direzioni Mediche	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Indicazione e prescrizione sulla cartella anestesiologica di terapie per il controllo del dolore post-operatorio	Relazione annuale con l'indicazione del dato	Anestesia e Rianimazione	(N. cartelle conformi/ n. cartelle controllate) = 95%	(N. cartelle conformi/ n. cartelle controllate) = 95%	(N. cartelle conformi/ n. cartelle controllate) = 95%
Appropriatezza e Qualita'	Gestione delle procedure endoscopiche in sedazione cosciente	n° esami in sedazione/n° esami ≥70%	Endoscopia Digestiva	≥70%	≥70%	≥70%
Appropriatezza e Qualita'	Miglioramento della gestione delle procedure endoscopiche	Percentuale di raggiungimento del colon-cieco ≥90%	Endoscopia Digestiva	≥90%	≥90%	≥90%
Appropriatezza e Qualita'	Valutazione periodica della qualità Centro di Endoscopia digestiva ottenuto mediante l'adenoma Detection rate (ADR)	Report semestrale	Endoscopia Digestiva	Report semestrale	Report semestrale	Report semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Raggiungimento del target 1000 parti annui.	n. parti annui	Ostetricia e Ginecologia	1000 parti annui	1000 parti annui	1000 parti annui

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Appropriatezza e Qualita'	Migliorare la qualità dei servizi legati al percorso materno-infantile a livello ospedaliero	Riduzione dei parti con taglio cesareo.	Ostetricia e Ginecologia	Miglioramento performance 2019	Miglioramento performance 2019	Miglioramento performance 2019
Appropriatezza e Qualita'	Prosecuzione, in collaborazione con la U.O. di Anestesia e Rianimazione, del parto-analgesia Assistenziale in Partoanalgesia	Relazione semestrale	Ostetricia e Ginecologia, Anestesia e Rianimazione	S/NO	S/NO	S/NO
Appropriatezza e Qualita'	Riduzione dei ricoveri in regime di ricovero inappropriato favorendo il giusto setting assistenziale senza compromettere lo stato di salute del paziente	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Ind. MES C4.13)	UU.OO. Ospedaliere di ricovero	mantenimento performance 2015	mantenimento performance 2015	mantenimento performance 2015
Appropriatezza e Qualita'	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.	UU.OO. Ospedaliere Chirurgiche	1)Tasso operati/dimessi >70%. 2)Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	1)Tasso operati/dimessi >70%. 2)Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	1)Tasso operati/dimessi >70%. 2)Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa
Appropriatezza e Qualita'	Qualità degli interventi in relazione alle sedute operatorie a disposizione	Relazione con indicazione di n° e tipo di interventi	UU.OO. Ospedaliere Chirurgiche	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Riduzione dei ricoveri inappropriati favorendo il giusto setting assistenziale senza compromettere lo stato di salute del paziente	% ricoveri In day surgery (Ind. MES C4.7)	UU.OO. Ospedaliere Chirurgiche	Miglioramento performance 2019	Miglioramento performance 2019	Miglioramento performance 2019
Appropriatezza e Qualita'	Rispetto del cronoprogramma mensile delle sedute operatorie	Relazione da parte del Direttore del Dipartimento	UU.OO. Ospedaliere Chirurgiche	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualita'	Riduzione dei ricoveri inappropriati favorendo il giusto setting assistenziale senza compromettere lo stato di salute del paziente	Incremento attività in Day - Service	UU.OO. Mediche Ospedaliere	incremento del 10% rispetto all'anno precedente	incremento del 10% rispetto all'anno precedente	incremento del 10% rispetto all'anno precedente
Appropriatezza e Qualità	Attività in Day Hospital	Incremento attività in Day - Hospital	Gastroenterologia	Mantenimento/Incremento rispetto all'anno precedente	Mantenimento/Incremento rispetto all'anno precedente	Mantenimento/Incremento rispetto all'anno precedente
Appropriatezza e Qualità	Follow-up ravvicinato di pazienti in predialisi (MRCV stadio K-DOQI)	Incremento dell'attività ambulatoriale per pazienti uremici da avviare al trattamento sostitutivo (emodialitico, peritoneale, trapianto)	U.O. Nefrologia	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Prosecuzione attività di ambulatorio dedicato e attivazione Day Service ( PAC 71-74) come previsto dalle normative regionali	Consolidamento delle attività relative all'ambulatorio per la malattia renale avanzata (Ambulatorio MAREA) in applicazione del percorso di diagnosi e terapia sull'avvio del trattamento sostitutivo della funzione renale	U.O. Nefrologia	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
Appropriatezza e Qualità	Assicurare la polisomnografia per pazienti affetti da OSAS e esami di broncoscopia per pazienti ricoverati nei PP.OO. dell'Asl FG	n° di esami/n° di richieste =1	U.O. Malattie Apparato Respiratorio	100%	100%	100%
Appropriatezza e Qualità	Assicurare trasferimenti di pazienti ricoverati nei PP.OO. dell'Asl Fg in grave insufficienza respiratoria che necessitano di NIV ad alta assistenza e/o pz tracheostomizzati da rianimazioni dei PP.OO.	Relazione	U.O. Malattie Apparato Respiratorio	Relazione	Relazione	Relazione
Appropriatezza e Qualita'	Miglioramento appropriatezza chirurgica per interventi di tipo disostruttivo	Miglioramento della performance relativamente al trattamento delle patologie che richiedono l'utilizzo cronico di dispositivi invasivi nei pazienti affetti da ostruzione delle basse vie urinarie	U.O. Urologia	Incremento del 10% rispetto al 2019	Incremento del 10% rispetto al 2019	Incremento del 10% rispetto al 2019
Appropriatezza e Qualità	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.	Direzioni Mediche	Report trimestrale.	Report trimestrale.	Report trimestrale.

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Appropriatezza e Qualità	Garantire l'appropriatezza della cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera diretta) R.O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida e disposizioni regionali.	a) controllo di almeno il 10% dei controlli analitici casuali; b) controllo del 100% dei ricoveri appartenenti ai 108 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza", dando priorità a: DH medici, parti cesarei, ipertensione, diabete, intervento di liberazione tunnel carpale e fratture di femore pazienti con età > 65 anni; c) definire modalità organizzative volte alla riduzione della eventuale inappropriatezza.	Direzioni Mediche	Report trimestrale.	Report trimestrale.	Report trimestrale.
Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/02 e mantenimento del relativo budget di spesa	Aggiornamento del registro delle strutture presso le quali sono presenti utenti provenienti dal proprio bacino di utenza con annotazione della data in cui si è effettuato il controllo sugli esiti delle cure erogate al paziente. Almeno due controlli annuali per struttura verbalizzati	Dipartimento Salute Mentale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Riduzione della Mobilità extra ASLFG	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.	Dipartimento Salute Mentale	1) Relazione sulla situazione entro il 30/07/2022; 2) pianificazione interventi e riduzione dei pazienti fuori ASL rispetto all'anno precedente	1) Relazione sulla situazione entro il 30/07/2023; 2) pianificazione interventi e riduzione dei pazienti fuori ASL rispetto all'anno precedente	1) Relazione sulla situazione entro il 30/07/2024; 2) pianificazione interventi e riduzione dei pazienti fuori ASL rispetto all'anno precedente
Appropriatezza e Qualità	Potenziamento assistenza	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	Dipartimento Salute Mentale	>= 10,82	>= 10,82	>= 10,82
Appropriatezza e Qualità	Riduzione del numero dei ricoveri ripetuti (revolving door) rispetto all'anno precedente.	Valutazione trimestrale del numero e della prevalenza dei ricoveri "revolving door" rispetto all'anno precedente	Dipartimento Salute Mentale	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale
Appropriatezza e Qualità	Riduzione del numero assoluto e del tasso percentuale di TSO e ASO	1) Istituzione registro TSO e ASO; 2) Riduzione di TSO rispetto all'anno precedente	Dipartimento Salute Mentale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento della qualità dei servizi offerti alle famiglie degli utenti con particolare riferimento alla gestione dello Stress e del Trauma familiare ed individuale attraverso tecniche psicoterapeutiche Evidence Based, tra le quali EMDR, utile anche per l'assistenza psicologica sia nell'attuale contesto dell'Emergenza Covid-19 sia nel post emergenza (Competenza del Servizio di Psicologia Clinica)	1) Organizzazione di "Attività di ascolto psicologico telefonico" per la gestione dell'emergenza Covid-19; 2) Progetto di formazione su Tecniche Psicoterapeutiche e di Supporto Psicosociale specifiche per la gestione dello Stress e del Trauma, tra le quali l'EMDR	Dipartimento Salute Mentale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Relazione entro il 30 marzo di ciascun esercizio	Rendicontazione dell'attività svolta da ciascuna postazione della rete nell'esercizio precedente, raggruppando gli interventi per codice e nel caso, luogo di ricovero del paziente.	Coordinamento Emergenza-Urgenza	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Appropriatezza e Qualità	Relazione periodica	Fornire, per postazione, con frequenza trimestrale, il rendiconto delle attività erogate suddiviso per tipologia di intervento e luogo di ricovero del paziente	Coordinamento Emergenza-Urgenza	n. 4 report trimestrali	n. 4 report trimestrali	n. 4 report trimestrali
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento qualità e appropriatezza area Emergenza-Urgenza	Intervallo allarme - Target dei mezzi di Soccorso	Coordinamento Emergenza-Urgenza	Miglioramento performance 2021	Miglioramento performance 2021	Miglioramento performance 2021
Appropriatezza e Qualità	Rendiconto degli interventi con elisoccorso: trasporto di pazienti non appartenenti all'ASL suddiviso per ASL competente ai fini della richiesta di Mobilità attiva.	Relazionare	Coordinamento Emergenza-Urgenza	n. 2 report semestrali	n. 2 report semestrali	n. 2 report semestrali
Appropriatezza e Qualità	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP.	Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri. Relazione	Tutte le strutture di ricovero	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio attività svolta dai medici convenzionati	Relazione mensile da trasmettere alla Direzione strategica e all'UCG	Anestesia e Rianimazione, Ostetricia e Ginecologia	Relazione mensile	Relazione mensile	Relazione mensile
Appropriatezza e Qualità	Aumento dell'offerta di diagnostica senologica	Incremento delle prestazioni di senologia clinica	Senologia Territoriale	Incremento del 20% rispetto all'anno precedente	Incremento del 20% rispetto all'anno precedente	Incremento del 20% rispetto all'anno precedente
Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio spesa verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregionali	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.	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Report semestrali	Report semestrali	Report semestrali
Appropriatezza e Qualità	Gestione dei rapporti convenzionali con gli Enti Locali e le strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie	Relazionare circa il N° verifiche effettuate / n° verifiche programmate	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	100%	100%	100%
Appropriatezza e Qualità	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	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	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	Report annuale e proposta di delibera in collaborazione con i DSS e il Dipartimento di Riabilitazione	Report annuale e proposta di delibera in collaborazione con i DSS e il Dipartimento di Riabilitazione	Report annuale e proposta di delibera in collaborazione con i DSS e il Dipartimento di Riabilitazione
Appropriatezza e Qualità	Integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio- assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, Onlus, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed associazioni di promozione sociale operanti sul territorio	Perseguire, sul piano istituzionale, gestionale e professionale, l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio- assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, Onlus, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed associazioni di promozione sociale operanti sul territorio, ovvero gestiti direttamente dalla ASL FG su delega degli Enti Locali	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Appropriatezza e Qualità	Implementare il sistema di monitoraggio delle attività dei DSS per le singole tipologie di prestazione (residenziale e semiresidenziale anziani e disabili)	Monitoraggio sulle attività	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Appropriatezza e Qualità	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 con evidenza delle criticità non risolte e delle strutture non collaboranti. N°reclami pervenuti= N° reclami riscontrati	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	1) Appropriatezza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera privata) R. O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali; 2) Appropriatezza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera diretta) R. O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali; 3) Appropriatezza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera riabilitativa post-acute privata) Riabilitazione codice 56)	1a)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.; 1b) Controlli analitici casuali significativi delle cartelle cliniche totali (30%); 2)Numero SDO verificate/numero SDO pervenute (5%); 3) Numero SDO verificate/numero SDO pervenute (20%).	UVARP	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Controlli Specialistica Ambulatoriale "File C" dell'I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza" S.Giovanni R.	Controlli almeno del 10% delle ricette	UVARP	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Appropriatezza e Qualità	Garantire attività di Day service presso i PP.OO. di Manfredonia e San Severo	Incremento attività in Day - Service	Oftalmologia, Gastroenterologia	>10% all'anno precedente	>10% all'anno precedente	>10% all'anno precedente
Appropriatezza e Qualità	Istituzione ed attivazione della rete oftalmologica nella prospettiva dell'integrazione ospedale-territorio	Presentazione documento relativo alla procedura di attivazione	Oftalmologia	Evidenza documentale	Attivazione procedura	Attivazione procedura
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento della qualità del servizio	Compilazione di un questionario preliminare alla procedura endoscopica	Endoscopia Digestiva	100% delle procedure	100% delle procedure	100% delle procedure
Appropriatezza e Qualità	Attivazione ambulatorio posizionamento accessi vascolari	Attivazione ambulatorio posizionamento accessi vascolari e loro gestione sia a pazienti afferenti alla SSD di Oncologia che delle strutture afferenti al Dipartimento Internistico del P.O. Di San Severo	Oncologia	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO
Appropriatezza e Qualità	Attivazione ambulatorio per Simultaneous Care	Attivazione ambulatorio per Simultaneous Care a pazienti oncologici finalizzato alla riduzione dei ricoveri in reparti internistici per acuti e cronici	Oncologia	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO
Sanità Digitale	Consegna ai pazienti del PIN al fine di poter visualizzare on-line e stampare i referti degli esami di laboratorio, in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo.	Relazione attestante la % del numero di utenti a cui è stato consegnato il PIN rispetto al totale degli utenti	Strutture di Servizi	>90% relazione semestrale) (da	>90% (da relazione semestrale)	>90% (da relazione semestrale)
Sanità Digitale	Implementazione attività per potenziamento Sanità Digitale. Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	Laboratori Analisi	>90% relazione semestrale) (da	>90% (da relazione semestrale)	>90% (da relazione semestrale)
Sanità Digitale	Unificare le codifiche interne con le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale.	Relazione	Laboratori Analisi	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Sanità Digitale	Ottimizzazione dei bisogni assistenziali	Attivazione telegestione delle immagini radiologiche in urgenza	Radiologie	Relazione	Relazione	Relazione
Sanità Digitale	Utilizzo del sistema regionale SIRS-Dedalus	100% inserimento esami	Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello	100%	100%	100%
Sanità Digitale	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc..)	% referti trasmessi alle UU.OO.	Tutte le strutture di ricovero e servizi ospedalieri	≥ 90%.	≥ 90%.	≥ 90%.
Sanità Digitale	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità Elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali	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.	Direzioni Mediche, Strutture di servizi	≥ 90%.	≥ 90%.	≥ 90%.
Sanità Digitale	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità Elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali	Chiusura SDO entro 20gg. dalla dimissione	Tutte le strutture di ricovero ospedalieri	100%	100%	100%
Sanità Digitale	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto	Tutte le strutture di ricovero ospedalieri	>90%	>90%	>90%
Sanità Digitale	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico e diffusione dei servizi on-line	Campagna informativa e di sensibilizzazione nei confronti di tutti i medici prescrittori.	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Sanità Digitale	Diffusione e vigilanza sulla redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	Relazione semestrale sulla % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto	Direzioni Mediche	>90%	>90%	>90%
Sanità Digitale	Implementazione della Telemedicina e Home Monitoring nel trattamento dello Scompenso Cardiaco e nella gestione dei Device impiantabili come da indicazioni del Ministero della Salute approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 17/12/2020	% Pazienti contattati con sistema in remoto	Cardiologia	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Sanità Digitale	% Ricette Dematerializzate rispetto al totale delle ricette emesse	% di Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	Tutte le strutture di ricovero ospedaliero e assistenza specialistica	> 90%	> 90%	> 90%
Sanità Digitale	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata per le prestazioni specialistiche.	% di Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	Direzioni Mediche	> 90%	> 90%	> 90%
Sanità digitale	Aggiornamento anagrafica sanitaria	Aggiornamento anagrafica entro 3 mesi dal ricevimento delle comunicazioni di deceduti e trasferiti da parte dei Comuni	Distretti socio-sanitari	Aggiornamento entro 3 mesi	Aggiornamento entro 3 mesi	Aggiornamento entro 3 mesi
Sanità digitale	Implementazione attività di teleconsulto per i consultori	Almeno il 30% di teleconsulto per singola attività e per singola struttura.	Distretti socio-sanitari	30%	40%	50%
Sanità digitale	Applicazione cartella clinica digitalizzata su percorso nascita ed estensione ad altre attività consultoriali	n° cartelle digitalizzate/n° pazienti	Distretti socio-sanitari	50%	70%	90%
Sanità digitale	Utilizzo Cartella clinica ambulatoriale informatizzata su tutti i poliambulatori afferenti al Distretto	20% delle visite gestite con la nuova cartella clinica in fase di attivazione	Distretti socio-sanitari	20%	20%	20%
Sanità digitale	Gestione autonoma delle Agende Cup	Individuazione referente agende Cup e gestione delle stesse almeno al 60% da parte di operatori ASL	Distretti socio-sanitari, Direzioni Mediche di Presidio	60%	60%	60%
Sanità Digitale	Attivazione di prestazioni in telemedicina e utilizzo delle piattaforme Web da parte del Servizio di Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell'Adolescenza ed anche da parte del Servizio di Integrazione Scolastica.	Attivazione della telemedicina	Dipartimento Salute Mentale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Sanità Digitale	Cartella clinica digitalizzata	Avviamento cartella clinica digitalizzata su attività di vaccinazione su donne gravide e popolazione 0-16 anni	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Relazione	Relazione	Relazione
Sanità Digitale	Nuovo sistema informativo	Partecipazione alle attività di implementazione ed avviamento del nuovo sistema informativo e suo utilizzo	Dipartimento di Prevenzione	Relazione Sia	Relazione Sia	Relazione Sia
Sanità Digitale	Conclusioni del processo di informatizzazione del fascicolo personale dei dipendenti	Istituzione del fascicolo personale informatizzato completo per il personale assunto dall'01/01/2021	Area Gestione del Personale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Sanità Digitale	Trasmissione informatica degli esiti degli esami i di laboratorio alle varie UU.OO	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica degli esiti degli esami i di laboratorio alle varie UU.OO.).	Laboratori Analisi	esiti trasmessi/ricieste esami ≥ 90%	esiti trasmessi/ricieste esami ≥ 90%	esiti trasmessi/ricieste esami ≥ 90%
Sanità Digitale	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio.	Verifica ed inserimento in NSIS secondo le scadenze.	Statistica ed Epidemiologia	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte
Sanità Digitale	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio.	Coordinamento aziendale degli adempimenti relativi alla gestione dei flussi informativi finalizzato al rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni nazionali e regionali in materia di sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi, nazionali, regionali ed aziendali	Statistica ed Epidemiologia	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte
Sanità Digitale	Promozione e gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il portale della Salute.	Aggiornamento puntuale	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Farmaceutica	Incremento della Distribuzione Diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico	Tutte le strutture di ricovero e specialistica ambulatoriale, Servizio Farmaceutico Ospedaliero	> 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	> 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	> 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.
Assistenza Farmaceutica	Coordinamento in collaborazione con la Farmacia ospedaliera delle attività volte all'incremento della Distribuzione Diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Verifica sull'andamento della prescrizione e sull'erogazione dei farmaci in distribuzione diretta con informazione alle strutture cliniche in collaborazione con la Farmacia ospedaliera	Direzioni Mediche	Invio ai reparti di report bimestrali	Invio ai reparti di report bimestrali	Invio ai reparti di report bimestrali
Assistenza Farmaceutica	Riduzione della spesa farmaceutica	Organizzazione, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, di incontri con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari e per la gestione del Rischio Clinico	Direzioni Mediche, Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Incontri trimestrali verbalizzati	Incontri trimestrali verbalizzati	Incontri trimestrali verbalizzati
Assistenza Farmaceutica	Riduzione della spesa farmaceutica	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.	Tutte le strutture ospedaliere, Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Pazienti Naive 95% Trattamenti in corso 60%	Pazienti Naive 95% Trattamenti in corso 60%	Pazienti Naive 95% Trattamenti in corso 60%
Assistenza Farmaceutica	Gestione Dei Registri AIFA con relativa chiusura dei Trattamenti	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Tutte le strutture di ricovero ospedaliere	> 95%	> 95%	> 95%
Assistenza Farmaceutica	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravanti da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri ( DGR 2437/2020)	Tutte le strutture di ricovero ospedaliere, Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Riduzione dei 20% rispetto al 2019	Riduzione dei 20% rispetto al 2019	Riduzione dei 20% rispetto al 2019
Assistenza Farmaceutica	Vigilanza sull'uso appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Valutazione della spesa antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze in accordo con la farmacia	Direzioni Mediche	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Assistenza Farmaceutica	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva -spesa farmaceutica	Incontri con i MMG e i PLS, a seguito di segnalazione del Servizio Farmaceutico o per audit interno, con scostamenti dalla spesa rispetto alla media regionale sulle molecole di cui alla DGR 203 dell'08/02/2021.	Distretti socio-sanitari	N. 4 Incontri verbalizzati	N. 4 Incontri verbalizzati	N. 4 Incontri verbalizzati
Assistenza Farmaceutica	Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica convenzionata di cui alla DGR 203/2021	Controllo delle ricette farmaceutiche SSN al fine di individuare i MMG e i PLS che presentano scostamenti di spesa rispetto alla media regionale sulle molecole di cui alla DGR 203/2021	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Farmaceutica	Mobilità Farmaceutica	Recupero della spesa farmaceutica a favore dei pazienti stranieri domiciliati nell'Asl Foggia relativamente all'anno 2021	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	Relazione dettagliata	Relazione dettagliata	Relazione dettagliata
Assistenza Farmaceutica	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto = € 164	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Farmaceutica	Incremento del controllo della ricette farmaceutiche ssn, dpc	Relazione semestrale dell'attività svolta	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	10% in più rispetto all'anno precedente	10% in più rispetto all'anno precedente	10% in più rispetto all'anno precedente
Assistenza Farmaceutica	Attività di monitoraggio nei confronti dei medici prescrittori relativamente all'utilizzo di farmaci vincitori di gare/accordo quadro regionali	Report trimenstrale dettagliato per singolo specialista e audit presso gli ospedali	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Farmaceutica	Istituzione di un HUB farmaceutico territoriale	Istituzione di un HUB farmaceutico territoriale quale centro di acquisto, stoccaggio, distribuzione e liquidazione dei beni farmaceutici e ausili per tutte le strutture territoriali sanitarie dell'ASL	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	Evidenza documentale si/no	Evidenza documentale si/no	Evidenza documentale si/no
Assistenza Farmaceutica	Attività di controllo sull'utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	Relazione dettagliata con l'indicazione della % delle richieste di rimborso rispetto al totale dei trattamenti chiusi effettivamente rimborsabili	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Farmaceutica	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA e controllo delle dispensazioni nel paziente Covid 19	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Servizio Farmaceutico Ospedaliero	1) Chiusura dei trattamenti non più rilevati dopo 120gg (dopo 30gg per Remdesivir) 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%	1) Chiusura dei trattamenti non più rilevati dopo 120gg (dopo 30gg per Remdesivir) 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%	1) Chiusura dei trattamenti non più rilevati dopo 120gg (dopo 30gg per Remdesivir) 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%
Assistenza Farmaceutica	Predisposizione di protocolli e procedure per l'allestimento dei vaccini anti-covid	Presentazione protocolli	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	Protocolli		
Assistenza Farmaceutica	Centro HUB	Attività quale centro HUB di gestione e distribuzione DPI	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO	Relazione SI/NO
Assistenza Farmaceutica	Predisposizione linee guida per la gestione delle situazioni emergenziali inerenti all'approvvigionamento in ambito sanitario farmaceutico	Presentazione linee guida	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	Presentazione linee guida		
Assistenza Farmaceutica	Predisposizione prontuario aziendale di farmaci e dispositivi	Predisposizione prontuario aziendale di farmaci e dispositivi come linee guida ufficiali, utilizzati nelle situazioni di urgenza ed emergenza in caso di calamità	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	Relazione	Relazione	Relazione
Assistenza Farmaceutica	Ispesioni nei reparti	Effettuare almeno 1 ispezione per reparto	Servizio Farmaceutico Ospedaliero	n. 1 ispezione per reparto	n. 1 ispezione per reparto	n. 1 ispezione per reparto
Assistenza Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva	Controllo delle somministrazioni sul portale Edotto dei farmaci di fascia H, albumina, epoietine, antipsicotici long acting ,farmaci ad alto costo	Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Farmaceutica	Redazione Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Dipartimento Salute mentale	100%	100%	100%
Capacità di Governo della Domanda Sanitaria	Migliorare l'efficienza tramite la corretta gestione del paziente sia rispetto alle condizioni cliniche che all'utilizzo di risorse	Degenza media DRG chirurgici (Ind. MES C2a.C)	UU.OO. Ospedaliere Chirurgiche	Mantenimento performance 2015 aumentato dei giorni per esito tamponi	Mantenimento performance 2015 aumentato dei giorni per esito tamponi	Mantenimento performance 2015 aumentato dei giorni per esito tamponi
Capacità di Governo della Domanda Sanitaria	Governo delle liste e tempi di attesa.	Riduzione delle liste di attesa per visite ambulatoriali e per consulenze in reparto	Dipartimento Salute mentale	1) istituzione delle agende 2) riduzione dei tempi di attesa inferiore a 60 gg	1) istituzione delle agende 2) riduzione dei tempi di attesa inferiore a 60 gg	1) istituzione delle agende 2) riduzione dei tempi di attesa inferiore a 60 gg
Capacità di Governo della Domanda Sanitaria	Governo delle liste e tempi di attesa.	Rispetto tempi di attesa per mammografia in considerazione delle classi di priorità	Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente
Capacità di Governo della Domanda Sanitaria	Governo delle liste e tempi di attesa.	Riduzione dei tempi di attesa per il II° livello	Senologia Territoriale	Richiamo entro 10 gg.	Richiamo entro 10 gg.	Richiamo entro 10 gg.
Capacità di Governo della Domanda Sanitaria	Governo delle liste e tempi di attesa.	Incremento dell'attività ambulatoriale al fine dell'abbattimento delle liste di attesa	UU.OO. Mediche Ospedaliere	>10% dell'anno precedente	>10% dell'anno precedente	>10% dell'anno precedente
Legalità e Trasparenza	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti	Realizzazione di n. 1 audit interni verbalizzati relativi al Cod. di Comport. ed attività poste in essere per il rispetto dello stesso.	Direzioni Amministrative, Dip. Prevenzione, Strutture Amministrative, Serv. Farmaceutico Territoriale, Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi, Strutture Amministrative	Verbale	Verbale	Verbale
Legalità e Trasparenza	Iniziative in tema di contrasto alla corruzione e illegalità in osservanza del PTPC. ASL FG: registrazione sulla cartella clinica del processo decisionale che porta all'individuazione della Comunità terapeutica sottoscritto e firmato da almeno tre componenti dell'equipe	100% degli invii in comunità in cui sia documentabile l'applicazione del protocollo. Relazione	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Legalità e Trasparenza	Adempimento come previsto dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente, nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Direzioni Mediche, DDP, DSM, Distretto Socio Sanitario, DIP. Prevenzione, Dip. Medicina Fisica e Riabilitativa, Coord. Emergenza-Urgenza, Aree Aziendali, Direz. Amministrative, Strutture Amministrative	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Legalità e Trasparenza	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	Direzioni Mediche, DDP, DSM, Distretti Socio Sanitari, Dip. Prevenzione, Dip. Medicina Fisica e Riabilitativa, Coord. Emergenza-Urgenza, Aree Aziendali, Farmacie Ospedaliere e Territoriale, Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi, Direz. Amministrative, Strutture Amministrative	Relazione semestrale (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	Relazione semestrale (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	Relazione semestrale (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)
Legalità e Trasparenza	Piano dei Centri di Costo	Aggiornamento Piano dei Centri di Costo a seguito delle nuove Determinazioni aziendali periodico	Controllo di Gestione	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Legalità e Trasparenza	Concorre con la Direzione Strategica alla definizione, rimodulazione e negoziazione degli obiettivi per ciascuna struttura complessa e/o CdR	Elaborazione e rielaborazione Obiettivi specifici di attività 2022 e relative schede	Controllo di Gestione	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Legalità e Trasparenza	Predisposizione nuovi modelli LA e CP	Adempimento entro i termini previsti per Legge	Controllo di Gestione	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Legalità e Trasparenza	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo nell'anno	Tutte le Strutture	Relazione annuale	Relazione annuale	Relazione annuale
Legalità e Trasparenza	Implementazione del "Sistema Privacy e Data Protection" dell'ASL FG coerentemente con la nuova normativa in materia; Predisposizione di un Piano Formativo aziendale sui temi Privacy	Programmazione dell'attività di verifica sull'attuazione della regolamentazione interna di adeguamento alla nuova normativa sul trattamento dei dati personali, attraverso attività di audit; Attuazione delle giornate di formazione, destinate al personale aziendale, per l'affermazione della cultura Privacy,	Programmazione Aziendale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Legalità e Trasparenza	Ai fini dell'applicazione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (ai sensi dell'art. 41 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" del D.lgs n. 33/2013), provvedere alla pubblicazione: a. delle prestazioni professionali svolte in regime intramurario b. in una apposita sezione denominata "Liste di attesa", i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.	Pubblicazione dei report	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometriche. Distribuzione dello stesso all'interno delle strutture. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget, previo invio di report trimestrali di monitoraggio della spesa da parte dell'Area del Personale.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione semestrale 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.	Direzioni Mediche, Distretti, Dipartimenti territoriali, Aree amministrative, Uffici di staff, Direzioni Amministrative	Consumato/Budget assegnato	Consumato/Budget assegnato	Consumato/Budget assegnato
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	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	Direzioni Amministrative	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Mantenimento dell'efficienza dell'attività produttiva del Presidio	Riduzione dei costi dei beni non sanitari rispetto all'anno precedente	Direzioni Amministrative	Costo beni non sanitari 2022 < costo beni non sanitari 2019	Costo beni non sanitari 2023 < costo beni non sanitari 2022	Costo beni non sanitari 2024 < costo beni non sanitari 2023
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Mantenimento dell'efficienza dell'attività produttiva del Presidio	Curare 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.	Direzioni Amministrative	Relazione su: 1) codici bianchi, 2) referti non ritirati, 3) mancate disdette.	Relazione su: 1) codici bianchi, 2) referti non ritirati, 3) mancate disdette.	Relazione su: 1) codici bianchi, 2) referti non ritirati, 3) mancate disdette.
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Procedure d'acquisto di attrezzature sanitarie di piccolo importo a supporto dell'attività sanitaria	N° 8 procedure	Direzioni Amministrative	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Liquidazione fatture beni sanitari e non di pertinenza del PO rinvenienti da programmi di spesa.	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25gg.	Direzioni Amministrative	25gg.	25gg.	25gg.
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Recupero crediti	Recupero somme per azioni di rivalsa sanitaria per conto Regione Puglia	Direzioni Amministrative	Relazione semestrale su attività svolta	Relazione semestrale su attività svolta	Relazione semestrale su attività svolta
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	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	Area Gestione del Personale	SI/NO in contraddittorio con la SBL	SI/NO in contraddittorio con la SBL	SI/NO in contraddittorio con la SBL
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Uniformare anagrafiche di magazzino economale	Relazione semestrale sullo stato dell'arte	Direzioni Amministrative	Relazione Si/No	Relazione Si/No	Relazione Si/No
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Riduzione della spesa protesica mediante verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed applicazione linee guida aziendali	1)Trasmissione report trimestrali alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione; 2) Rispetto della spesa prevista nella delibera n.13/2022 ( assegnazione budget)	Distretti socio-sanitari	1) N° 4 report 2) Budget assegnato=consumato	1) N° 4 report 2) Budget assegnato=consumato	1) N° 4 report 2) Budget assegnato=consumato
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Riduzione della spesa degli ausili per incontinenza mediante verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed applicazione linee guida aziendali	1)Trasmissione report trimestrali alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione; 2) Rispetto della spesa prevista nella delibera n.13/2022 ( assegnazione budget)	Distretti socio-sanitari	1) N° 4 report 2) Budget assegnato=consumato	1) N° 4 report 2) Budget assegnato=consumato	1) N° 4 report 2) Budget assegnato=consumato
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Monitoraggio del conto deposito	Relazione semestrale	Servizio Farmaceutico Ospedaliero	n. 2 relazioni	n. 2 relazioni	n. 2 relazioni
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Legge n.82 del 7 marzo 2005 (Codice dell'amministrazione digitale) e successive modifiche e integrazioni e norme collegate, il presente documento informatico sottoscritto con firma digitale qualificata o sottoscritto con firma autografa.	Completamento della procedura di discussione fino all'iscrizione a ruolo delle successive modifiche e integrazioni e norme collegate, il presente documento informatico sottoscritto con firma autografa.	Distretti socio-sanitari	Relazione	Relazione	Relazione

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Recupero somme derivanti da mobilità internazionale	Caricamento su sistema ASPE della totalità delle fatture inerenti la mobilità sanitaria internazionale	Distretti socio-sanitari	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Miglioramento dei tempi di pagamento relativo ad acquisto di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione (data di liquidazione-data registrazione)	Tutte le Strutture Aziendali assegnatarie di Budget Economico	20 gg	20 gg	20 gg
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 13/2022 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Tutte Le Strutture Aziendali assegnatarie di Budget Economico	Spesa sostenuta: budget assegnato	Spesa sostenuta: budget assegnato	Spesa sostenuta: budget assegnato
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Monitoraggio delle strutture Psichiatriche Riabilitative previste dal reg. Regionale 7/02 e mantenimento del relativo budget di spesa	Mantenimento budget anno 2021 salvo inserimenti disposti dall'Autorità giudiziaria	Dipartimento Salute Mentale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale con mantenimento o riduzione dei giorni di degenza in struttura	Governo della spesa verso comunità terapeutiche esterne o interne al territorio del CIM, evidenziando per struttura accreditata, il numero di utenti, le giornate di degenza, la retta giornaliera ove definita.	Dipartimento Salute Mentale	1) N° 4 report trimestrali al controllo di gestione; 2) dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative subordinata alle condizioni di emergenza Covid-19	1) N° 4 report trimestrali al controllo di gestione; 2) dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative	1) N° 4 report trimestrali al controllo di gestione; 2) dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	Strutture Amministrative	Trasmissione report semestrale alla Direzione Strategica e all'UCG	Trasmissione report semestrale alla Direzione Strategica e all'UCG	Trasmissione report semestrale alla Direzione Strategica e all'UCG
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Monitoraggio continuo del fabbisogno del personale anche alla luce del maggior fabbisogno di personale richiesto dallo stato di emergenza dovuto ai Covid-19	Attuazione delle disposizioni regionali/ministeriali	Area Gestione del Personale	Relazione semestrale sì/no	Relazione semestrale sì/no	Relazione semestrale sì/no
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Effettuazione delle Procedure di Arruolamento del Personale secondo cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica, nonché delle procedure di arruolamento speciale necessarie per garantire la continuità assistenziale nelle strutture Covid correlate, ai sensi della normativa speciale emergenziale	Rispetto del Cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica: attuazione superiore al 70%	Area Gestione del Personale	Relazione trimestrale sullo stato di avanzamento	Relazione trimestrale sullo stato di avanzamento	Relazione trimestrale sullo stato di avanzamento
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Indicatori di tempestività dei pagamenti	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento sui conti che confluiscono nel budget assegnato (convenzioni) e pubblicazione sul sito aziendale	Area Gestione del Personale	1. emettere il provvedimento di liquidazione entro 25 gg. 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	1. emettere il provvedimento di liquidazione entro 25 gg. 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	1. emettere il provvedimento di liquidazione entro 25 gg. 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
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Pagamento delle Competenze Accessorie del personale negli stipendi del secondo mese successivo alla competenza	Pagamento del 95% entro i termini	Area Gestione del Personale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Applicazione degli istituti previsti dalla Contrattazione Aziendale Integrativa del Comparto	Rispetto del Cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica: attuazione superiore al 80%	Area Gestione del Personale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget dello straordinario, delle indennità chilometrica e reperibilità.	Analisi sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget	Area Gestione del Personale	Trasmissione reportistica trimestrale al CDG e alle Strutture.	Trasmissione reportistica trimestrale al CDG e alle Strutture.	Trasmissione reportistica trimestrale al CDG e alle Strutture.
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	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.1348/2020	Area Gestione Economiche e Finanziarie, Area Gestione Patrimonio, Area Gestione del Personale, Area Gestione Tecnica	Relazione sì/no	Relazione sì/no	Relazione sì/no
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Debito informativo: riscontro alle richieste provenienti dalla Regione e dalla Corte dei Conti entro i termini previsti.	Numero riscontri effettuati entro la data prevista /numero richieste pervenute	Area Gestione del Personale, Area Gestione Tecnica, Area Gestione Patrimonio	Relazione	Relazione	Relazione
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Monitoraggio situazione debitoria i per macrostruttura e assegnazione ai centri liquidatori con richiesta di liquidazione ovvero di relazione tempestiva in merito ad eventuali criticità o discordanze	Attivazione della procedura di sollecito alle strutture che evidenziano un ritardo nell'attività di liquidazione delle fatture da effettuare entro 20 gg. dall'invio della fattura	Area Gestione Economiche e Finanziarie	Relazione	Relazione	Relazione
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Registrazione fatture entro 10 gg lavorativi dal ricevimento	Media (Data registrazione fattura - Data ricevimento)	Area Gestione Economiche e Finanziarie	10gg	10gg	10gg
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Deflazionamento del contenzioso	Procedure condivise con SBL e AGRU	Area Gestione Economiche e Finanziarie	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	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. Relazionare annualmente	Area Gestione Economiche e Finanziarie	> 80% dei contenzioso	> 80% dei contenzioso	> 80% dei contenzioso
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Indicatore di tempestività dei pagamenti: eseguire l'ordine di pagamento entro n. 15 giorni dalla data di ricezione del provvedimento.	Area Gestione Economiche e Finanziarie	entro 15 gg	entro 15 gg	entro 15 gg
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Avanzamento del Piano Pluriennale degli Investimenti per Interventi infrastrutturali a valere sui fondi POR 2014-2020 e con altri finanziamenti esterni alla ASL secondo Cronoprogramma definito con la Direzione Strategica	Predisposizione su ciascun finanziamento del quadro economico di attuazione. Relazione mensile sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica	Area Gestione Tecnica	attuazione superiore ad 80%	attuazione superiore ad 80%	attuazione superiore ad 80%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	Rendicontazione annuale	Area Gestione Tecnica	100%	100%	100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Gestione del Patrimonio Immobiliare: 1) Regolarizzazione della situazione catastale degli immobili	Definizione di un Piano per la regolarizzazione catastale	Area Gestione Tecnica	Rendicontazione annuale	Rendicontazione annuale	Rendicontazione annuale
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente ricorso a Consip Spa e altri soggetti per lo svolgimento delle relative procedure di adesione (D. Lgs. 50/2016)	Rendicontazione annuale	Area Gestione Tecnica	Valore degli acquisti attraverso convenzioni > 2021	Valore degli acquisti attraverso convenzioni > 2021	Valore degli acquisti attraverso convenzioni > 2021

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



Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Efficienza Operativa	Potenziamento dei Sistemi Informativi	Completamento impianti di cablaggio,reti locali e wi-fi (CONSIP LAN6) su P.O. San Severo, e P.O. Manfredonia . Adesione CONSIP LAN	Sistemi Informativi Aziendali	N. 2 sedi complete		
Efficienza Operativa	PagoPA	Ampliamento del circuito PagoPA per i pagamenti delle prestazioni legate alle attività del Dipartimento di Prevenzione	Sistemi Informativi Aziendali	Relazione (Si/No)		
Efficienza Operativa	Supporto attività di unificazione sportelli CUP con i servizi Edotto	Relazione	Sistemi Informativi Aziendali	Relazione (Si/No)		
Efficienza Operativa	Miglioramento della sicurezza informatica, LDAP e autenticazione a due fattori	Relazione	Sistemi Informativi Aziendali	Relazione (Si/No)		
Efficienza Operativa	Potenziamento Sistemi Informativi-Area Telecomunicazioni e Data Center	Migrazione su cluster dei servizi di archiviazione PACS	Sistemi Informativi Aziendali	Relazione (Si/No)		
Efficienza Operativa	Potenziamento dei Sistemi Informativi	1) Diomedee: Integrazione di nuovi device per la diagnosi e il monitoraggio delle cronicità; 2) Supporto all'utilizzo Cartella clinica multiprofessionale territoriale; 3) Supporto del Percorso Nascita (Ospedale-Territorio): cartella clinica, app e televisite	Sistemi Informativi Aziendali	Relazione che evidenzi il completamento		
Efficienza Operativa	Collaborazione con il Dpo per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR) e del Protocollo Informatico alle nuove regole dell'AGID	Incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento e relativi verbali .	Sistemi Informativi Aziendali, Programmazione Aziendale	Relazione con l'indicazione del numero di incontri	Relazione con l'indicazione del numero di incontri	Relazione con l'indicazione del numero di incontri
Efficienza Operativa	Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori).	Implementazione data base RT Provincia di Foggia e RTP.	Statistica ed Epidemiologia	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili
Efficienza Operativa	Analisi demografica e dello stato di salute della popolazione dell'ASL Foggia.	Aggiornamento annuale.	Statistica ed Epidemiologia	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili
Efficienza Operativa	Analisi epidemiologica delle cause di ospedalizzazione nella popolazione dell'ASL FG	Aggiornamento annuale.	Statistica ed Epidemiologia	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili	Analisi dati disponibili
Efficienza Operativa	Analisi di attività delle Strutture di ricovero dei PO dell'ASL Foggia, dell'IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza e delle Case di Cura private accreditate.	Predisposizione report semestrale da inviare al Controllo di Gestione	Statistica ed Epidemiologia	Report semestrale	Report semestrale	Report semestrale
Efficienza Operativa	Miglioramento del sistema di conservazione documentale	Mappatura degli archivi aziendali esistenti e verifica degli stessi finalizzata al miglioramento del sistema di conservazione documentale nelle more della apposita gara	Programmazione Aziendale	Report annuali	Report annuali	Report annuali
Efficienza Operativa	Miglioramento del sistema di protocollazione aziendale	Miglioramento del sistema di protocollazione aziendale e supporto al personale addetto al Protocollo di tutta la Azienda sulla corretta compilazione dei campi del programma informatico utile ad una agevole ricerca di archivio della corrispondenza	Programmazione Aziendale	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Efficienza Operativa	Implementazione dei data base aziendali, regionali, nazionali	Organizzazione operativa con le Direzioni dei Distretti, con le Direzioni Mediche dei P.O., con le Direzioni dei Dipartimenti e delle Aree Aziendali al fine di ottimizzare la raccolta dei dati necessari all'implementazione dei data base aziendali, regionali, nazionali	Statistica ed Epidemiologia	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte	Relazione attività svolte
Efficienza Operativa	Rimborso parrucche di cui alla domanda di ammissione al contributo per il rimborso della spesa per l'acquisto di parrucca (l.r. n. 8/2017)	N° domande pervenute su N° rimborsi effettuati	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Efficienza Operativa	Progetto regionale "Hospitality"	Realizzazione progetto regionale "Hospitality" per la parte di competenza	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Efficienza Operativa	Contribuire , con la Direzione Strategica , alla determinazione , sulla scorta degli standard nazionali e regionali, del Fabbisogno di personale delle Professioni Sanitarie	n° 1 Piano del Fabbisogno di personale delle Professioni sanitarie	U.O. Coordinamento delle Professioni Sanitarie	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Efficienza Operativa	Programmazione, organizzazione e coordinamento delle risorse professionali e di supporto, indispensabili per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi offerti all'utenza	Relazione	U.O. Coordinamento delle Professioni Sanitarie	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Efficienza Operativa	Mobilità interna del personale	Gestire la mobilità interna del personale , intervenendo con provvedimenti ordinari e /o urgenti, qualora fossero necessari spostamenti di personale interdipartimentali, interospedalieri ed interdistrettuali	U.O. Coordinamento delle Professioni Sanitarie	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Efficienza Operativa	Contribuire all'elaborazione di protocolli e linee guida per il miglioramento della qualità assistenziale	Almeno n.1 protocollo / linea guida	U.O. Coordinamento delle Professioni Sanitarie	n.1 protocollo		
Efficienza Operativa	Collaborare nell'identificazione dei criteri professionali per il conferimento e la graduazione degli incarichi di funzione per l'area di competenza, ivi compresa la definizione del sistema di valutazione degli incarichi conferiti	Relazione	U.O. Coordinamento delle Professioni Sanitarie	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Efficienza Operativa	Deflazionamento del contenzioso	Uniformità di difese, ove possibile, per contenziosi aventi lo stesso titolo del giudizio	Burocratico Legale	Relazione	Relazione	Relazione
Efficienza Operativa	Valutazione sull'opportunità di resistere in giudizio solo nei casi in cui si dispone di adeguata documentazione a supporto delle tesi aziendali.	% Giudizi Sfavorevoli <rispetto all'anno 2021	Burocratico Legale	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente
Efficienza Operativa	Azione propositiva per la costituzione di una commissione per l'istruttoria delle richieste di risarcimento ex- Legge n. 210/92	Relazione	Burocratico Legale	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Efficienza Operativa	Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione per ciascuna procedura, qualora sia quantificato nel giudizio dalle competenti aree coinvolte nel contenzioso	Inventario aggiornato	Burocratico Legale	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Efficienza Operativa	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 qualora sia quantificato nel giudizio dalle competenti aree coinvolte nel contenzioso	Inventario aggiornato	Burocratico Legale	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Efficienza Operativa	In collaborazione con i referenti aziendali, individuati dalla Direzione Strategica nel verbale del 01/02/2021, attività di monitoraggio su spesa protesica.	Confrontare per ogni tipo di spesa i report dei singoli distretti per intervenire eventualmente sui capitoli di spesa; verificare eventuali disomogenità di prescrizioni e documentare le eventuali contestazioni formali trasmesse ai distretti	Programmazione Aziendale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Efficienza Operativa	Aggiornamento Carta dei servizi in attuazione delle Linee guida regionali in materia: a) N° campagne realizzate per il vasto pubblico b) N° di campagne realizzate per un pubblico target	Predisposizione di adeguati strumenti di comunicazione interna e/o esterna sull'organizzazione dei Servizi Aziendali, sulle prestazioni offerte e sulle modalità di accesso, promuove campagne di informazione sulle prestazioni ed attività aziendali, sulle iniziative e sui progetti di intervento, aggiorna, digitalizza e divulga le Carte dei servizi, le Guide all'uso dei servizi e relativa digitalizzazione.	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Efficienza Operativa	Attuazione metodo CO-MARKETING	Promozione di un rapporto a lungo termine tra brand che si aiutano a vicenda per reciprocità	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Efficienza Operativa	Redazione del Piano di Comunicazione istituzionale e sua diffusione interna	Aggiornamento annuale	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione	Relazione	Relazione
Efficienza Operativa	Predisposizione atti Tavolo Tecnico Salute e Medicina di Genere, predisposizione atti Comitato Consultivo Misto e predisposizione atti Comitato Unico di Garanzia	N° riunioni effettuate -Report annuale	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione	Relazione	Relazione
Efficienza Operativa	Gestione pagina istituzionale facebook e attivazione pagina Instagram istituzionale	Aggiornamento continuo di immagini ed informazioni esterne ed interne	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione	Relazione	Relazione
Efficienza Organizzativa	Completamento trasferimento, in collaborazione con l'Area Tecnica dai vecchi ai nuovi locali del servizio laboratorio analisi entro il 2022	Relazione	Laboratori Analisi	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Efficienza Organizzativa	Aumento delle cause affidate a legali interni e riduzione delle cause affidate ai legali esterni	Numero cause affidate all'esterno / Numero cause totali	Burocratico Legale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Efficienza Organizzativa	Performance D. Lgs. 150/2009	Predisposizione del Piano della Performance e della Relazione sulla Performance ai sensi del Dlgs 150/2009.	Controllo di Gestione	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Efficienza Organizzativa	Elaborazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa ai sensi del D. Lgs. 150/2009.	Collaborazione e supporto con la Direzione Strategica nella elaborazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa ai sensi del D. Lgs. 150/2009.	Controllo di Gestione	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Efficienza Organizzativa	Valutazione del grado di raggiungimento della Performance Organizzativa e trasmissione atti all'Organismo Indipendente di Valutazione	Partecipazione alle sedute dell'OIV e supporto operativo	Controllo di Gestione	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Formazione	Formazione personale Sanitario	Verbali	SSD Medicina Legale	n.4 corsi di formazione	n.4 corsi di formazione	n.4 corsi di formazione
Formazione	Elaborazione, sulla base del fabbisogno formativo, delle proposte di competenza per il piano formativo aziendale	Predisposizione di documento contenente le proposte formative per l'anno di riferimento	U.O. Coordinamento delle Professioni Sanitarie	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
Formazione	Formazione BLS/D in accordo con la struttura Formazione	Organizzazione di almeno n° 5 corsi di formazione per il personale ASL FG	Coordinamento Emergenza-Urgenza	Relazione annuale	Relazione annuale	Relazione annuale
Formazione	Formazione al personale interno	N. 4 incontri di formazione	Endoscopia Digestiva	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
Formazione	Fabbisogno formativo	Rilevazione per Macrostruttura dei fabbisogni formativi e predisposizione dell'analisi annuale dei bisogni formativi dell'Azienda (PAF annuale)	Formazione	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo
Formazione	Attivazione del software sulla gestione della formazione secondo un cronoprogramma stabilito con la GPI	Rispetto del cronoprogramma = 90%	Formazione	90%	90%	90%
Formazione	Proseguo formazione dei formatori in collaborazione con la struttura formazione, di personale interno ed esterno tramite modalità webinar basata su storytelling un modo "altro" per comunicare	Relazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Formazione	Formazione operatori ASL addetti alla compilazione della SDO anche ai sensi delle nuove regole contenute nel decreto n. 261/2016.	Almeno n.1 corso per P.O. verbalizzando data, partecipanti e contenuti svolti.	UVARP	n. 1 corso con verbale	n. 1 corso con verbale	n. 1 corso con verbale
Formazione	Predisposizione programmi di addestramento all'uso dell'aula virtuale	Relazione	Formazione	Relazione		
Formazione	Predisposizione programma di addestramento alla metodologia didattica a distanza	Relazione	Formazione	Relazione		
Formazione	Predisposizione del programma formativo aziendale secondo la programmazione del PNRR	Relazione	Formazione	Relazione		
Formazione	Soddisfacciamento delle richieste tirocini gratuiti e stage in Azienda	100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa	Formazione	100%	100%	100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Monitoraggio mensile di tutti i pazienti assistiti in ADI per la media ed alta intensità	Relazione trimestrale da trasmettere al Rup e al DEC	Distretti socio-sanitari	N° 4 report	N° 4 report	N° 4 report
Assistenza Sanitaria Territoriale	Predisposizione autorizzazione per nuovo ingresso e rinnovi di pazienti in strutture socio-sanitarie	Svolgimento UVM, anche in modalità da remoto, entro i termini previsti dai Regolamenti regionale e ricognizione trimestrale per tipologia di struttura	Distretti socio-sanitari	Svolgimento UVM nei tempi previsti da regolamento Regionale	Svolgimento UVM nei tempi previsti da regolamento Regionale	Svolgimento UVM nei tempi previsti da regolamento Regionale
Assistenza Sanitaria Territoriale	Garantire un numero di prestazioni ambulatoriali nei diversi Centri di Riabilitazione dell'intero territorio Aziendale coerente con il personale in servizio e con gli standard lavorativi.	n° ore lavorate =n° prestazioni erogate (modello RIA 11 NSIS)	Dipartimento di Riabilitazione	n° ore lavorate =n° prestazioni	n° ore lavorate =n° prestazioni	n° ore lavorate =n° prestazioni
Assistenza Sanitaria Territoriale	Progetto specifico per la dipendenza patologica da gioco d'azzardo	Prosecuzione delle azioni del progetto già programmate compatibilmente con le norme anti Covid-19, in collegamento con la cabina di regia regionale	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Relazione semestrale si/no	Relazione semestrale si/no	Relazione semestrale si/no
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento della rete per la presa in carico dei minori affetti da Disturbo di Spettro (ex R.R. 9/16)	1) Mantenimento del numero di pazienti affetti da DSA in trattamento riabilitativo rispetto al 2021 2) Mantenimento delle prestazioni erogate tramite il CAT	Dipartimento Salute Mentale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Sanitaria Territoriale	Predisposizione ed attuazione, in collaborazione con il DSM, di un protocollo per prestazione inerenti pazienti con "doppia diagnosi"	Formulazione protocollo	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute Mentale	Relazione	Relazione	Relazione

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

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infatile ambulatoriale e domiciliare anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012	Mantenimento dei livelli assistenziali	Dipartimento Salute Mentale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Assistenza Sanitaria Territoriale	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA)	Sottoscrizione nei termini compatibili con la normativa degli accordi secondo lo schema-tipo di riferimento (per RSA ed RSSA a scadenza contratto) o autorizzazioni all'ingresso come da DGR 1006/2020 e 1409/2020	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Assistenza Sanitaria Territoriale	Aattuazione a quanto previsto dalla vigente normativa regionale -L.R. n.9/2017-R.R.n.4/2019-R.R. n.5/2019	Dare attuazione a quanto previsto dalla vigente normativa regionale -L.R. n.9/2017-R.R.n.4/2019-R.R. n.5/2019 - e predisporre la modulistica specifica da utilizzare da parte dei distretti socio-sanitari dell'Asl FG e da parte dei soggetti pubblici/ privati titolari e gestori delle strutture socio-sanitarie operanti in regime contrattuale con l'ASL FG	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)	Relazione (Si/No)
Assistenza Sanitaria Territoriale	Validazione, amministrativa e sanitaria, delle prestazioni erogate dalle strutture socio-sanitarie ricadenti nel proprio ambito territoriale	Trasmissione puntuale all'Area Coordinamento socio-sanitario delle notulazioni analitiche mensili prodotte dalle strutture corredate del visto di regolarità	Distretti socio-sanitari	Realzioni mensili	Realzioni mensili	Realzioni mensili
Assistenza Sanitaria Territoriale	Applicazione della DGR n. 1412/2021 in riferimento all'acquisto di prestazioni Presidi di Riabilitazione extra regionale	Riduzione della spesa extra regionale di Riabilitazione relativamente a soggetti residenti almeno nella misura prevista nel Bilancio preventivo 2022	Dipartimento di Riabilitazione	Spesa 2022= Budget 2022		
Assistenza Sanitaria Territoriale	Concordare con le strutture accreditate la consegna mensile del dettaglio delle prestazioni erogate oltre la documentazione cartacea indicata nel contratto sottoscritto annualmente. Detta fase costituisce il dies a quo per il computo dei termini di pagamento.	Il pagamento delle strutture decorre dall'acquisizione della documentazione superiore e non dalla data di emissione fattura (ENTRO 15 GG)	Dipartimento di Riabilitazione	<=15 gg.	<=15 gg.	<=15 gg.
Emergenza Sanitaria COVID-19	Effetti della pandemia sulla popolazione	Report sulla popolazione utente 2022. Tipologia di assistiti, indicazione dei nuovi utenti e numero di irvii in CT. Descrizione dei cambiamenti indotti dalla pandemia e confronto con i dati dell'anno 2021 e 2022	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report
Emergenza Sanitaria COVID-19	In collaborazione con i referenti aziendali, individuati dalla Direzione Strategica nel verbale del 01/02/2021, procedere alla verifica amministrativa delle attività delle U.S.C.A. a seguito dell'emergenza sanitaria in atto.	Relazione contenente la rendicontazione delle attività e degli interventi per verificare l'utilizzo delle USCA ed in caso di sottoutilizzo le soluzioni organizzative adottate.	Programmazione Aziendale	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Emergenza Sanitaria COVID-19	In collaborazione con Dipartimento di Prevenzione attività di monitoraggio di tutto il personale 118 (sanitaservice e associazioni di volontariato) al fine del tracciamento dei contatti	Relazionare	Coordinamento Emergenza-Urgenza	Relazione	Relazione	Relazione
Emergenza Sanitaria COVID-19	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Emergenza Sanitaria COVID-19	Gestione dell'emergenza sanitaria SARS COV2	Monitoraggio dati di attività delle USCA	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Relazione mensile alla Direzione strategica e all'UCG	Relazione mensile alla Direzione strategica e all'UCG	Relazione mensile alla Direzione strategica e all'UCG
Emergenza Sanitaria COVID-19	Gestione dell'emergenza sanitaria SARS COV2	Collaborazione tra unità operative ospedaliere dedicate a pazienti Covid-19 e terapia intensiva	Anestesia e Rianimazione	Relazione dettagliata	Relazione dettagliata	Relazione dettagliata
Emergenza Sanitaria COVID-19	Gestione dell'emergenza sanitaria SARS COV2	Rimodulazione funzionale e organizzativa finalizzata al contenimento della diffusione del contagio da Covid -19 dei pazienti emodializzati	U.O. Nefrologia	Relazione	Relazione	Relazione
Emergenza Sanitaria COVID-19	Gestione dell'emergenza sanitaria SARS COV2	Rimodulazione funzionale e organizzativa finalizzata al contenimento della diffusione del contagio da Covid -19 dei pazienti oncologici. N° televisite/ totale visite>=5%	Oncologia	≥5%	≥5%	≥5%
Emergenza Sanitaria COVID-19	Emergenza Sanitaria SARS COV2	Attività quale centro HUB di gestione e distribuzione vaccini per la campagna vaccinale anti-covid	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	Evidenza documentale si/no	Evidenza documentale si/no	Evidenza documentale si/no
Prevenzione	Mantenimento degli standard minimi per lo screening mammografico	Incremento del 20% degli inviti rispetto al 2021	Radiologie, Radiodiagnostica Territoriale III livello	>20% anno precedente	>20% anno precedente	>20% anno precedente
Prevenzione	Estensione screening mammografico	Incremento delle sedute settimanali dedicati allo screening di 1° livello in funzione del mantenimento degli standard minimi	Senologia Territoriale	Incremento rispetto all'anno precedente	Incremento rispetto all'anno precedente	Incremento rispetto all'anno precedente
Prevenzione	Potenziamento Screening Oncologico Della Cervice Uterina	100% lettura dei campioni biologici pervenuti	Ostetricia e Ginecologia	100%	100%	100%
Prevenzione	Potenziamento dello screening colon-retto	Letture dei test pervenuti =100% e comunicazione dei test positivi al Centro screening entro 21 gg dalla riconsegna del FOBT da parte dell'utente	Laboratori Analisi	100% (Letture Test pervenuti) entro 21gg. (comunicazione)	100% (Letture Test pervenuti) entro 21gg. (comunicazione)	100% (Letture Test pervenuti) entro 21gg. (comunicazione)
Prevenzione	Potenziamento dello screening colon-retto	Incremento degli esami di II livello ≥10% rispetto al 2021	Endoscopia Digestiva	>10% dell'anno precedente	>10% dell'anno precedente	>10% dell'anno precedente
Prevenzione	Emergenza Sanitaria SARS COV2	Riorganizzazione e gestione delle strutture ospedaliere e del personale a seconda dell'evoluzione dell'emergenza COVID-19 (posti letto, reparti covid e no-covid)	Direzioni Mediche	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale

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

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Prevenzione	Prevenzioni degli incidenti sul lavoro e delle patologie alcool-correlate.	N° 10 incontri di sensibilizzazione del personale ASL sulle tematiche alcol-correlate (se permesso dalle norme anti-Covid-19) In alternativa n. 5 incontri online rivolti al personale ASL	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Relazione semestrale si/no	Relazione semestrale si/no	Relazione semestrale si/no
Prevenzione	Collaborazione con il SISF per tutte le attività correlate all'emergenza sanitaria COVID-19	1) Organizzazione HUB distrettuali e coordinamento attività vaccinale dei MMG e PLS; 2) Coordinamento in collaborazione con il NOAVACC della campagna vaccinale anti-SARS- COV-2 (% popolazione vaccinata)	Distretti socio-sanitari	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale
Prevenzione	Adozione Piano Regionale della Prevenzione	Adozione Piano aziendale attuativo del PRP	Direzione del Dipartimento di Prevenzione	Relazione si/no	Relazione si/no	Relazione si/no
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antinfluenzale per anziani.	Pianificazione e coordinamento dell'attività attraverso incontri verbalizzati con i MMG (almeno n. 3) al fine di realizzare l'obiettivo regionale previsto	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	N.3 Verbal	N.3 Verbal	N.3 Verbal
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione MRP	N. bambini vaccinati MPR/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (Ind. MES B7.1) 85% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 02.01.02)	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	85% Relazione semestrale corredata da report	85% Relazione semestrale corredata da report	85% Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Papilloma Virus (HPV)	Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (Ind. MES B7.3) 75%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	75% Relazione semestrale corredata da report	75% Relazione semestrale corredata da report	75% Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antimeningococcica	N. bambini vaccinati Antimeningococco/N. bambini residenti nel territorio di competenza che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (Ind. MES B7.5) 80%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	80% Relazione semestrale corredata da report	80% Relazione semestrale corredata da report	80% Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Screening oncologici ( mammografico, cervice uterina, colon-retto)	Attività di coordinamento Centro Screening;estensione-invio inviti Screening mammografico ca.mammella-estensione 18,20% Screening citologico ca.uterostensione 15,20% Screening ca. colon retto-estensione 36,00%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	mammografico 18,20% citologico 15,20% coln-retto 36% Relazione semestrale corredata da report	mammografico 18,20% citologico 15,20% coln-retto 36% Relazione semestrale corredata da report	mammografico 18,20% citologico 15,20% coln-retto 36% Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Completamento dell'istruttoria per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 5 della L.R. n° 9/2017 e s.m. e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzia tale adempimento.	N° richieste evase / N° richieste pervenute = 100%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	100% Relazione semestrale corredata da report	100% Relazione semestrale corredata da report	100% Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Completamento dell'istruttoria per quanto previsto dall L.R. 19/2006 e dal R.R. n.4/2007 per le strutture socio-assistenziali verificando la presenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzia tale adempimento.	N° richieste evase / N° richieste pervenute = 100%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	100% Relazione semestrale corredata da report	100% Relazione semestrale corredata da report	100% Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Vigilare sulle strutture sanitarie e socio assistenziali in modo da contribuire a contrastare il fenomeno dell'abusivismo professionale sanitario. Eseguire sopralluoghi e controlli sui locali delle strutture accreditate per verificare il possesso dei requisiti L.R. n. 9/017 e s.m.e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010.	1) Strutture accreditate controllate / numero di strutture accreditate da controllare ≥25%. 2) Fornire elenco delle strutture da controllare e dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Sorvegliare gli eventi avversi al vaccino anti meningococco B	Arruolare annualmente N° 200 bambini per l'intera ASL, da sottoporre a vaccinazione. Di almeno 100 bambini (50% dei soggetti arruolati) dovrà pervenire diario clinico di sorveglianza settimanale . N° 100 diari clinici di sorveglianza acquisiti su 200.	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Sorvegliare le malattie infettive e gestire le emergenze in modo coordinato e tempestivo. Effettuare le indagini epidemiologiche nei tempi previsti, migliorare tutti i sistemi di sorveglianza, gestire le emergenze infettive in maniera coordinata e tempestiva. Applicare tempestivamente, se necessario, le misure di profilassi secondo le tempistiche previste dal DM 15/12/90 e relativa regolamentazione regionale.	1) N° notifiche inviate in Regione / N° notifiche pervenute = 1; 2) N° di allerta inviate in regione / N° malattie da segnalare come allerta = 1	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report	Relazione semestrale corredata da report
Prevenzione	Emergenza Sanitaria SARS COV2	Collaborazione di tutte le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19 (Ispezioni, tracciamento, comunicazioni per esecuzioni tamponi, ecc.)	Dipartimento di Prevenzione	Relazione semestrale dettagliata	Relazione semestrale dettagliata	Relazione semestrale dettagliata
Prevenzione	Stilare un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per l'anno successivo	Relazione	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione /NO SI	Relazione SI/NO	Relazione /NO SI
Prevenzione	CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG	a) Esiti del Controllo Ufficiale su base annua; b) rappresentazione sintetica dei Controlli Ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC)	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Ridurre il rischio di malattie trasmesse dagli alimenti. Incrementare la vigilanza sugli operatori del settore alimentare (OSA)	N° di OSA controllati (raggiungere gli obiettivi del PRIC e del PLC)	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati con evidenza di tutte le richieste. Attività formativa rivolta agli addetti alla Ristorazione Collettiva.	Predisporre un report annuale sull'attività svolta ed effettuare almeno n. 1 corso nell'anno	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	1) Report annuale su attività svolta. 2) Almeno n° 1 corso/anno	1) Report annuale su attività svolta. 2) Almeno n° 1 corso/anno	1) Report annuale su attività svolta. 2) Almeno n° 1 corso/anno
Prevenzione	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica" (Codice di Procedura n. 02 del 7 marzo 2005) e successive modifiche e integrazioni.	Effettuazione dei controlli con il sistema informatico di controllo (SISAN) e successive modifiche e integrazioni.	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale

Il presente documento è stato redatto e sottoscritto con firma digitale qualificata in conformità con il D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 (Codice di Procedura n. 02 del 7 marzo 2005) e successive modifiche e integrazioni. Il presente documento sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	ANNO 2022 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2023 (RISULTATO ATTESO)	ANNO 2024 (RISULTATO ATTESO)
Prevenzione	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali": Controlli sugli Additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari.	Effettuazione delle Verifiche, ispezioni o Audit e Campionamenti così come previsto per il SIAN ASL FG	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Prevenzione malattie cronic-degenerative: svolgere programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di interventi di prevenzione nutrizionale (MED-FOOD ANTICANCER PROGRAM)	Realizzazione di almeno n° 2 campagne per anno. Analisi dei risultati.	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Promozione dei corretti stili di vita: svolgere programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di interventi di prevenzione nutrizionale in ambito scolastico (Med-Food Anticancer Program per gli alunni delle Scuole Superiori)	Realizzazione di almeno n. 2 interventi. Analisi dei risultati	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Monitoraggio degli indicatori sentinella	Report indicatori sentinella di cui al PRP 2014-18 riferito all'anno 2022	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)	Relazione semestrale SI/NO	Relazione semestrale SI/NO	Relazione semestrale SI/NO
Prevenzione	Rilevazione nell'applicazione e nell'erogazione dei LEA secondo 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	Rendicontare sulle attività elencate e sugli esiti	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)	Relazione con report semestrale	Relazione con report semestrale	Relazione con report semestrale
Prevenzione	Garantire il supporto tecnico-scientifico all'attività di sorveglianza delle attività a livello provinciale, coordinare le attività previste per gli altri Servizi del Dipartimento, diffondere nello specifico pratiche che promuovono l'utilizzo di dispositivi di sicurezza per adulti e di pratiche che promuovono il benessere organizzativo; gestire l'archivio delle aziende che attuano almeno un'azione di buona pratica e nel tempo sviluppare una rete a livello provinciale di aziende che promuovono salute.	Relazione con indicazione di Aziende aderenti; incontri con management aziendali	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Attuazione Ordinanza Ministero della Salute ORDINANZA 13 maggio 2019 <sup>1</sup> Proroga dell'ordinanza del 28 maggio 2015 e successive modificazioni, recante: «Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica». (GU Serie Generale n.146 del 24-06-2019)	N° Allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare=100%	Sanità Animale (SIAV area A)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame con particolare riferimento a: influenza aviaria, salmonellosi aviaria, scrapie, BSE, malattia vescicolare del suino, anemia infettiva degli equini, West Nile disease, rabbia	Relazionare circa la situazione al 31/12	Sanità Animale (SIAV area A)	Relazione	Relazione	Relazione
Prevenzione	Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN	Aziende allevamenti inseriti in BDN/aziende con georeferenziazione; allevamenti attivi/allevamenti con qualifica sanitaria = 100%	Sanità Animale (SIAV area A)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina; aggiornando puntualmente l'anagrafe canina. Denunce per aggressioni da cani randagi .	Cani randagi catturati identificati / cani randagi catturati ed iscritti all'Anagrafe canina Regionale = 100%	Sanità Animale (SIAV area A)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Progetto "Zero cani in canile"	N° cani randagi recuperati/ n° cani non ricoverati in canili sanitari e/o rifugi= 10% (su 100 cani recuperati almeno non devono entrare nei canili sanitari o nei rifugi)	Sanità Animale (SIAV area A)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Miglioramento dell'attività di inserimento dati in SIMAN sistema informativo malattie animali nazionale (vetinfo)	Gestire in maniera omogenea le informazioni sui casi di focolai di malattie infettive, le conseguenti indagini epidemiologiche	Sanità Animale (SIAV area A)	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Prevenzione	Attuazione completa e conforme alle procedure, dei Piani dei Campionamenti Microbiologici, Chimici e Fisici Regionali, con la ricerca dei criteri di sicurezza alimentare, degli indicatori di igiene e dei contaminanti.	Piano di intervento e rendicontazione delle attività svolte così come previste ed inoltrate alle Regione Puglia	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Fornire un elenco degli esercizi alimentari, ristoranti ed altre attività oggetto di intervento suddiviso per comune e settore di attività. Indicare la data di ultima verifica	Relazionare	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Adeguamento delle modalità di programmazione, pianificazione, esecuzione, registrazione e rendicontazione delle attività dei controlli ufficiali, nella maniera più aderente possibile alle disposizioni, procedure e criteri operativi, del nuovo Piano Regionale dei Controlli (PRC) 2021	Relazionare	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)	Relazione annuale	Relazione annuale	Relazione annuale
Prevenzione	Stilare un bilancio aggiornato sui livelli di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, sulle eventuali azioni da intraprendere ed intraprese.	Relazionare	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario: controllo e registrazione ricette.	N° impianti da controllare ( da 388 a 763) / numero totale di impianti soggetti a controllo ( 2474) 100% rispetto alla programmazione regionale e di ASL Fg	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia 2017-2018 e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG	N° ricette registrate e controllate/ N° ricette pervenute = 100%	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Progetto Obiettivo interdisciplinare (SIAV C e SIAV B) Controllo dell'intera filiera, dell'utilizzo e dello smaltimento delle reti nelle attività di Molluschicoltura	Relazionare	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale
Prevenzione	Progetto obiettivo interdisciplinare (SIAV C e SIAV B) Antibioticoresistenza controllo dell'uso degli antibiotici negli allevamenti e verifica negli alimenti di origine animale	Relazionare	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	Relazione semestrale	Relazione semestrale	Relazione semestrale