



**Azienda
Sanitaria Locale FG**
Provincia
di Foggia

Direzione Strategica
Viale Fortore II trav.
Foggia
Partita IVA e C.F.
3499370710
Tel. 0881.884609
Fax 0881.884619

Direttore Generale
dott. Vito Piazzolla

Il Programma annuale delle attività

“Obiettivi di equipe” 2016

Comuni ASL FG:

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

| 2016 | | 1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia | |
|------|---|---|------|
| CdR | LABORATORIO ANALISI - OBIETTIVI QUANTITATIVI | | peso |
| 1 | Rispondere a tutta la domanda interna di prestazioni di laboratorio analisi entro i termini convenzionali. Indicatore: Relazione dei reparti sulla motivazione di non chiusura della SDO entro i termini per motivi imputabili al servizio di laboratorio analisi | | 15 |
| 2 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% Indicatore: il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali Costo del personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | | 15 |
| 3 | Aumento produttività Indicatore: Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (+ 10%) | | 10 |
| 4 | Incremento performance dei Servizi Indicatore: andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni | | 15 |
| 5 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). Indicatore: superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema. | | 15 |
| 6 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. 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. Indicatore: Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | | 10 |
| 7 | Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le attività prestate ai reparti. Per le attività verso pazienti ambulatoriali si farà riferimento alle rilevazioni inserite nel sistema CUP - Cassa ticket. Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care) | | 10 |
| | | LABORATORIO ANALISI - OBIETTIVI QUALITATIVI | peso |
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. <i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | | 10 |

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

| 2016 | | 1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia | |
|------|--|--|------|
| CdR | CENTRO TRASFUSIONALE - OBIETTIVI QUANTITATIVI | | peso |
| 1 | Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. assegnati <i>Indicatore:</i> Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno | | 10 |
| 2 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore:</i> il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo del personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | | 10 |
| 3 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema. Refertazione on-line | | 10 |
| 4 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | | 10 |
| 5 | Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne. <i>Indicatore:</i> report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care) | | 10 |
| | | CENTRO TRASFUSIONALE - OBIETTIVI QUALITATIVI | peso |
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale <i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | | 5 |
| 2 | Contribuire al miglioramento della pratica trasfusionale mediante la verifica costante dell'appropriatezza delle richieste di sangue ed emocomponenti da parte delle UU.OO. di degenza <i>Indicatore:</i> Effettuare almeno n° 1 incontro-audit con ogni UU.OO. di degenza registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi | | 10 |
| 3 | Attività di promozione alla donazione di sangue e di tutela della salute <i>Indicatore:</i> effettuare almeno n° 3 incontri con le scuole medie superiori ed inferiori e n° 3 seminari e conferenze | | 10 |
| 4 | Promuovere il buon uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati attraverso la stesura di linee guida e procedure condivise, formazione del personale, coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie di Presidio nella corretta gestione delle frigo emoteche <i>Indicatore:</i> stesura delle linee guida e procedure condivise, effettuare almeno n° 3 incontri di formazione del personale, effettuare n° 2 riunioni con la Direzione Sanitaria di Presidio finalizzate alla corretta gestione delle frigo emoteche | | 10 |
| 5 | Mantenimento dell'Accreditamento dei CT <i>Indicatore:</i> SI/NO | | 15 |

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

| 2016 | | 1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia | |
|------|--|---|------|
| CdR | RADIODIAGNOSTICA - OBIETTIVI QUANTITATIVI | | peso |
| 1 | <p>Rispondere a tutta la domanda interna di prestazioni di Radiologia nei termini convenzionali (refertazione entro le 24/48 dalla esecuzione della prestazione)</p> <p><i>Indicatore:</i> Relazione di reparti sulla motivazione di non chiusura della SDO entro i termini per motivi imputabili al servizio di radiologia</p> | | 15 |
| 2 | <p>Aumento produttività</p> <p><i>Indicatore:</i> Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (10%)</p> | | 10 |
| 3 | <p>Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90%</p> <p><i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: Costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p> | | 10 |
| 4 | <p>Incremento performance dei Servizi</p> <p><i>Indicatore:</i> andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni</p> | | 15 |
| 5 | <p>Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC) garantendo una media di 16 prestazioni x turno di 6 ore x macchina, in orario istituzionale</p> <p><i>Indicatore:</i> Numero TC erogate: garantiti 6 turni a settimana</p> | | |
| 6 | <p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).</p> <p><i>Indicatore:</i> Integrazione RIS con applicativo One Care e CUP</p> | | 15 |
| 7 | <p>Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> <p><i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> | | 5 |
| 8 | <p>Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le attività prestate ai reparti. Per le attività verso pazienti ambulatoriali si farà riferimento alle rilevazioni inserite nel sistema CUP - Cassa ticket.</p> <p><i>Indicatore:</i> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p> | | 5 |
| CdR | RADIODIAGNOSTICA - OBIETTIVI QUALITATIVI | | peso |
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p><i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | | 10 |
| 2 | <p>Garantire un livello ottimale delle prestazioni erogate (esterne ed interne - fonte Ris)</p> <p><i>Indicatore:</i> Prestazioni effettive valutate secondo il sistema di pesatura SIRM</p> | | 15 |

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

| 2016 | | |
|---|--|------|
| 1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia | | |
| CdC | SENOLOGIA - OBIETTIVI QUANTITATIVI | peso |
| 1 | <p>Abbattimento, nel corso del triennio, delle liste di attesa</p> <p><i>Indicatore:</i> Rispetto dei tempi indicati dalla normativa vigente</p> | 30 |
| 2 | <p>Miglioramento dell'equilibrio economico</p> <p><i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p> | 10 |
| 3 | <p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).</p> <p><i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema; Refertazione on-line</p> | 15 |
| 4 | <p>Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.</p> <p><i>Indicatore:</i> Report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p> | 10 |
| SENOLOGIA - OBIETTIVI QUALITATIVI | | |
| | | peso |
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p><i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 10 |
| 2 | <p>Accompagnamento della pazienti nell'iter diagnostico-terapeutico finalizzato all'intervento chirurgico e successiva terapia oncologica</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) Definizione di n. 1 protocollo; 2) Raggiungimento di una % soddisfacente (> 20%)</p> | 25 |
| IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO) | | |
| CdR | P.O. SAN SEVERO - NEURORADIOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI | peso |
| 1 | <p>Rispondere a tutta la domanda interna di prestazioni di Radiologia nei termini convenzionali</p> <p><i>Indicatore:</i> Relazione di reparti sulla motivazione di non chiusura della SDO entro i termini per motivi imputabili al servizio di laboratorio analisi</p> | 15 |
| 2 | <p>Aumento produttività</p> <p><i>Indicatore:</i> Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (+ 10%)</p> | 10 |
| 3 | <p>Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90%</p> <p><i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: Costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p> | 10 |
| 4 | <p>Incremento performance dei Servizi</p> <p><i>Indicatore:</i> andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni</p> | 15 |
| 5 | <p>Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC) garantendo una media di 16 prestazioni x turno di 6 ore x macchina, in orario istituzionale</p> <p><i>Indicatore:</i> Numero TC erogate: garantiti 6 turni a settimana</p> | |

2016 1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

| | | |
|---|--|----|
| 6 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore:</i> Integrazione RIS con applicativo One Care e CUP | 15 |
| 7 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 8 | Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le attività prestate ai reparti. Per le attività verso pazienti ambulatoriali si farà riferimento alle rilevazioni inserite nel sistema CUP - Cassa ticket. <i>Indicatore:</i> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care) | 5 |

NEURORADIOLOGIA - OBIETTIVI QUALITATIVI peso

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. <i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 10 |
| 2 | Garantire un livello ottimale delle prestazioni erogate (esterne ed interne - fonte Ris) <i>Indicatore:</i> Prestazioni effettive valutate secondo il sistema di pesatura SIRM | 15 |

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

CdR P.O. CERIGNOLA - COLPOCITOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI peso

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Partecipazione al programma regionale di screening cervico-carcinoma come centro di II e III livello per le pazienti provenienti da tutta la provincia <i>Indicatore:</i> Report delle attività a cadenza semestrale | 10 |
| 2 | Attivazione di DH della gestione della paziente in citologia cervico-vaginale dall' ACSUS in poi <i>Indicatore:</i> SI/ NO su disposizione della Direzione Sanitaria | 10 |
| 3 | Attivazione di Day-Surgery per gestione pazienti che necessitano di intervento chirurgico (conizzazione) e per la gestione degli interventi di endoscopia ginecologica (isteroscopia operativa e resetto scopia) <i>Indicatore:</i> SI/ NO su disposizione della Direzione Sanitaria | 10 |
| 4 | Attivazione di un programma relativo alla diagnosi precoce e terapia medico/chirurgica delle patologie benigne o neoplastiche della cavità uterina <i>Indicatore:</i> rispetto delle linee guida nazionali con produzione di protocolli e procedura chek-list per la gestione delle pazienti con citologia sospetta /positiva: ACSUS+ | 15 |
| 5 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: Costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | 10 |
| 6 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni e Refertazione on-line | 10 |
| 7 | Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne. <i>Indicatore:</i> report sui dati di attività a cadenza trimestrale | 5 |

| 2016 | 1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia | |
|--|---|------|
| COLPOCITOLOGIA - OBIETTIVI QUALITATIVI | | peso |
| 1 | Ricerca del papilloma virus nei partner delle pazienti positive al papilloma virus ad alto e basso rischio (HR, LR) <i>Indicatore:</i> attività di informazione del servizio attivato sui MMG e attraverso locandine da affiggere nel P.O.; - miglioramnteo dei dati di attività | 10 |
| 2 | Sensibilizzazione e informazione sulle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST): della popolazione giovanile delle scuole secondarie mediante incontri formativi e attivazione di un centro di ascolto e del territorio attraverso le Associazioni <i>Indicatore:</i> effettuare n° 3 incontri/anno registrando data, durata, elenco partecipanti e temi discussi | 10 |
| 3 | Ricerca del papilloma virus nei partner della pazienti positive al papilloma virus ad alto e basso rischio (HR, LR) <i>Indicatore:</i> attività di informazione del servizio attivato sui MMG e attraverso locandine da affiggere nel P.O.; - miglioramnteo dei dati di attività | 10 |

2016

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

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

PESO

| | | |
|---|--|----|
| 1 | <p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).</p> <p>Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema</p> | 15 |
| 2 | <p>Miglioramento sull'appropriatezza delle richieste diagnostiche. Diminuzione della spesa sui farmaci e presidi.</p> <p>Indicatore: Incidenza % costo esami < anno precedente (10%)</p> | 15 |
| 3 | <p>Miglioramento attività di "filtro" del reparto.</p> <p>Indicatore: tasso di ricovero < 20%.</p> | 15 |
| 4 | <p>Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti</p> <p>Indicatore: Report trimestrale</p> | 10 |
| 5 | <p>Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> <p>Indicatore: Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> | 10 |
| 6 | <p>Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre. Informazioni da trasmettere: numero di accessi; quanti trattenuti in osservazione breve, quanti inviati ad altri presidi, quanti dimessi e quanti ricoverati; per quelli ricoverati, quanti da osservazione breve; per quelli ricoverati, il reparto di accettazione; per quelli inviati ad altri presidi, indicare quali presidi.</p> <p>Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p> | 10 |

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

peso

| | | |
|---|---|----|
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p>Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Integrazione con il 118 e con i DSS di appartenenza</p> <p>Indicatore: N° 2 incontri annui (uno con il 118 e uno con il DSS di riferimento) da verbalizzare e n. 2 protocolli d'intesa (uno con il 118 e i con DSS).</p> | 15 |
| 3 | <p>Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.</p> <p>Indicatore: 1) Formulazione della proposta entro il 30 luglio 2016 2) Revisione semestrale del modello proposto.</p> | 5 |

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

| 2016 | 2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia | |
|---|--|------|
| CARDIOLOGIA - U.T.I.C. OBIETTIVI QUANTITATIVI | | PESO |
| 1 | Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90% | 10 |
| 2 | Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale | 10 |
| 3 | Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato <i>Indicatore:</i> 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario almeno pari allo 0,32; 2) % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti ai day service, ai sensi delle DD.GG.RR. n. 433/11, n. 2863/11 e n. 1789/12, maggiore del 70%. | 15 |
| 3 | Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile <i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente ($\geq 5\%$) | 5 |
| 4 | Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa <i>Indicatore:</i> Riduzione lista di attesa rispetto all'anno precedente | 10 |
| 5 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi $\geq 90\%$ <i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti | 10 |
| 6 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo <i>One Care</i> , per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema | 10 |
| 7 | Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne. <i>Indicatore:</i> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di <i>One Care</i>) | 5 |
| 8 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

2016
2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. OBIETTIVI QUALITATIVI
peso

| | | |
|---|--|---|
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p><i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Adozione, di concerto con i responsabili delle U.O. coinvolte, di protocolli specifici su prestazioni a rischio e linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere</p> <p><i>Indicatore:</i> Definizione di almeno n. 3 protocolli</p> | 5 |
| 3 | <p>Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio</p> <p><i>Indicatore:</i> Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.</p> | 5 |
| 4 | <p>Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.</p> <p><i>Indicatore:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.</p> | 5 |

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

2016

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

| ANESTESIA E RIANIMAZIONE OBIETTIVI QUANTITATIVI | | PESO |
|---|--|------|
| 1 | In accordo con i Primari delle specialità chirurgiche, concordare con frequenza trimestrale il calendario delle sedute, tale che, agli stessi, per motivi tecnici, non sia precluso il raggiungimento dell'obiettivo "operati/dimessi > al 70%. <i>Indicatore:</i> Trasmissione del programma concordato sottoscritto dal Primario chirurgo, Direttore Sanitario del Presidio e Primario Anestesia | 15 |
| 2 | Pieno utilizzo delle sale operatorie: garantire per ogni sala operatoria una fruibilità minima di n. 5 ore die per n. 6 giorni alla settimana oltre la sala per le urgenze h 24. <i>Indicatore:</i> Azzeramento liste di attesa per specialità. | 15 |
| 3 | Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90% | 5 |
| 5 | Concorrere all'introduzione e funzionamento delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. <i>Indicatore:</i> Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software. | 10 |
| 6 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 7 | Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne e utilizzo sale operatorie (ore die per specialità). <i>Indicatore:</i> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care) | 5 |

| ANESTESIA E RIANIMAZIONE OBIETTIVI QUALITATIVI | | peso |
|--|---|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. <i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente <i>Indicatore:</i> a) Correta e completa compilazione della chek list preoperatoria (da verificare con controlli a campione) b) attività formativa gestita dal Risk Management aziendale | 10 |
| 3 | Correttezza e completezza della cartella clinica <i>Indicatore:</i> Numero cartelle conformi / numero cartelle controllate | 10 |
| 4 | Eliminare i casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesilogico. Adeguata pianificazione dell'anestesia e attuazione del consenso informato. | 10 |
| 5 | Organizzazione del reparto per economizzare i tempi di rialzo <i>Indicatore:</i> Presentazione di un modello organizzativo e relativa applicazione | 10 |

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

2016 3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

| CdR | GINECOLOGIA E OSTETRICIA OBIETTIVI QUANTITATIVI | PESO |
|-----|---|------|
| 1 | Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore</i> : tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90% | 10 |
| 2 | Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore</i> : 1) Tasso operati/dimessi > 70% 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa | 10 |
| 3 | Riduzione dei parti cesarei. <i>Indicatore</i> : La percentuale dei parti cesarei non deve superare il 20% rispetto al totale dei parti | 10 |
| 4 | Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore</i> : Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziali | 10 |
| 5 | Raggiungimento del target 1000 parti annui <i>Indicatore</i> : n° parti annui | 5 |
| 7 | Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile <i>Indicatore</i> : Riduzione rispetto all'esercizio precedente | 5 |
| 8 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore</i> : Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: Costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | 10 |
| 9 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore</i> : Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema | 10 |
| 10 | Riduzione dei tempi pre operatori in degenza ordinaria e comunicazione trimestrale del n° di casi per i quali si è rinviato l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesilogico. <i>Indicatore</i> : Riduzione rispetto all'esercizio precedente | 10 |
| 11 | Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria <i>Indicatore</i> : Utilizzo dell'applicativo | 10 |
| 12 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore</i> : Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

2016

3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

GINECOLOGIA E OSTETRICIA OBIETTIVI QUALITATIVI

peso

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p>Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.</p> <p>Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 luglio 2016 2) Revisione semestrale del modello proposto.</p> | |
| 3 | <p>Definizione, di concerto con la pediatria, di un protocollo che prevede la comunicazione del ricovero della donna in prossimità del parto e avviso tempestivo per la visita pediatrica</p> <p>Indicatore: SI/NO</p> | |
| | | 100 |

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

| CdR | P.O. CERIGNOLA - COLPOCITOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI | peso |
|-----|---|------|
| 1 | <p>Partecipazione al programma regionale di screening cervico-carcinoma come centro di II e III livello per le pazienti provenienti da tutta la provincia</p> <p>Indicatore: Report delle attività a cadenza semestrale</p> | 15 |
| 2 | <p>Attivazione di DH della gestione della paziente in citologia cervico-vaginale dall' ACSUS in poi</p> <p>Indicatore: SI/ NO su disposizione della Direzione Sanitaria</p> | 10 |
| 3 | <p>Attivazione di Day-Surgery per gestione pazienti che necessitano di intervento chirurgico (conizzazione) e per la gestione degli interventi di endoscopia ginecologica (isteroscopia operativa e resetto scopia)</p> <p>Indicatore: SI/ NO su disposizione della Direzione Sanitaria</p> | 10 |
| 4 | <p>Attivazione di un programma relativo alla diagnosi precoce e terapia medico/chirurgica delle patologie benigne o neoplastiche della cavità uterina</p> <p>Indicatore: rispetto delle linee guida nazionali con produzione di protocolli e procedura chek-list per la gestione delle pazienti con citologia sospetta /positiva: ACSUS+</p> | 10 |
| 5 | <p>Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90%</p> <p>Indicatore: Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo del personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p> | 10 |
| 6 | <p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).</p> <p>Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema; Refertazione on-line</p> | 10 |
| 7 | <p>Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.</p> <p>Indicatore: report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p> | 5 |

2016

3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

| CdR | COLPOCITOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI | peso |
|-----|---|------|
| 1 | Ricerca del papilloma virus nei partner della pazienti positive al papilloma virus ad alto e basso rischio (HR, LR) <i>Indicatore:</i> attività di informazione del servizio attivato sui MMG e attraverso locandine da affiggere nel P.O.; - miglioramento dei dati di attività | 15 |
| 2 | Sensibilizzazione e informazione sulle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST): della popolazione giovanile delle scuole secondarie mediante incontri formativi e attivazione di un centro di ascolto e del territorio attraverso le Associazioni <i>Indicatore:</i> effettuare n° 3 incontri/anno registrando data, durata, elenco partecipanti e temi discussi | 15 |

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

| | PEDIATRIA OBIETTIVI QUANTITATIVI | PESO |
|---|--|------|
| 1 | Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90% | 10 |
| 2 | Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale | 10 |
| 3 | Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato <i>Indicatore:</i> 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario almeno pari allo 0,32; 2) % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti ai day service, ai sensi della D.G.R. n. 1202/14 e ss.mm., maggiore del 70%. | 15 |
| 4 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | 10 |
| 5 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema | 10 |
| 6 | Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva. <i>Indicatore:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa. | 10 |
| 7 | Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne. <i>Indicatore:</i> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care) | 5 |
| 8 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

2016

3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

PEDIATRIA OBIETTIVI QUALITATIVI

PESO

| | | |
|---|---|---|
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p>Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Adozione, di concerto con i responsabili delle U.O. coinvolte, di protocolli specifici su prestazioni a rischio e linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere</p> <p><i>Indicatore:</i> Definizione di almeno n. 3 protocolli</p> | 5 |
| 3 | <p>Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio</p> <p><i>Indicatore:</i> Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.</p> | 5 |
| 4 | <p>Definizione, di concerto con la ostetricia, di un protocollo che prevede la comunicazione del ricovero della donna in prossimità del parto e avviso tempestivo per la visita pediatrica</p> <p><i>Indicatore:</i> SI/NO</p> | 5 |
| 5 | <p>Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 luglio 2016; 2) Revisione semestrale del modello proposto.</p> | 5 |

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

| 2016 CdR | 4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia CHIRURGIA GENERALE OBIETTIVI QUANTITATIVI | PESO |
|-------------|--|------|
| 1 | Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90% | 10 |
| 2 | Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale | 10 |
| 3 | Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa | 10 |
| 4 | Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato <i>Indicatore:</i> 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario almeno pari allo 0,32; 2) % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti ai day service, ai sensi della D.G.R. n. 1202/14 e ss.mm., maggiore del 70%. | 10 |
| 5 | Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile <i>Indicatore:</i> 1. Riduzione rispetto all'esercizio precedente 2. Definire un protocollo di presidio per la gestione dei ricoveri inappropriati nella disciplina | 10 |
| 6 | Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa <i>Indicatore:</i> Proporre un piano di lavoro per pazienti interni | 5 |
| 7 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | 10 |
| 8 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema | 10 |
| 9 | Miglioramento dei tempi pre operatori in degenza ordinaria e comunicazione trimestrale del n° di casi per i quali si è rinviato l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesiológico. <i>Indicatore:</i> Degenza media pre-operatoria = 1,85 | 10 |
| 10 | Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria <i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo | 5 |
| 11 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

2016

4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

| CHIRURGIA GENERALE OBIETTIVI QUALITATIVI | | PESO |
|--|---|------|
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p>Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.</p> <p>Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.</p> | |

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

2016
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI
PESO

| | | |
|----|---|----|
| 1 | Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore</i> : tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90% | 10 |
| 2 | Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore</i> : Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale | 10 |
| 3 | Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore</i> : 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa | 10 |
| 4 | Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato <i>Indicatore</i> : 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario almeno pari allo 0,32; 2) % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti ai day service, ai sensi della D.G.R. n. 1202/14 e ss.mm., maggiore del 70%. | 10 |
| 5 | Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile <i>Indicatore</i> : Riduzione rispetto all'esercizio precedente | 10 |
| 6 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore</i> : Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | 10 |
| 7 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore</i> : Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema | 5 |
| 8 | Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza <i>Indicatore</i> : % dei pazienti (età +65) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti) > 50% | 10 |
| 9 | Riduzione dei tempi pre operatori in degenza ordinaria e comunicazione trimestrale del n° di casi per i quali si è rinviato l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesiológico. <i>Indicatore</i> : Riduzione rispetto all'esercizio precedente (valore atteso = 1,85) | 10 |
| 10 | Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria <i>Indicatore</i> : Utilizzo dell'applicativo | 5 |
| 11 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore</i> : Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

| 2016 | 4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia | |
|---|---|------|
| ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI | | PESO |
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p>Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.</p> | |

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

| 2016 | 4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia | |
|------|--|------|
| CdR | P.O. CERIGNOLA - OFTALMOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI | PESO |
| 1 | Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90% | 10 |
| 2 | Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale | 10 |
| 3 | Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa | 10 |
| 4 | Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato <i>Indicatore:</i> 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario almeno pari allo 0,32; 2) % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti ai day service, ai sensi della D.G.R. n. 1202/14 e ss.mm., maggiore del 70%. | 10 |
| 4 | Riduzione ospedalizzazione diurna (DH e DS) inappropriata <i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente | 10 |
| 5 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | 10 |
| 6 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema | 10 |
| 7 | Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria <i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo | 10 |
| 8 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 9 | Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne. <i>Indicatore:</i> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care) | 5 |

| 2016 | 4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia | |
|---|---|------|
| P.O. CERIGNOLA - OFTALMOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI | | PESO |
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p>Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2016; 2) Revisione semestrale del modello proposto.</p> | 5 |

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

| 2016 CdR | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia MEDICINA INTERNA - OBIETTIVI QUANTITATIVI | PESO |
|-------------|--|------|
| 1 | Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90% | 10 |
| 2 | Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale | 10 |
| 3 | Miglioramento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera <i>Indicatore:</i> 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario almeno pari allo 0,32; 2) % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti ai day service, ai sensi della D.G.R. n. 1202/14 e ss.mm., maggiore del 70%. | 10 |
| 4 | Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile <i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente | 10 |
| 6 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | 10 |
| 7 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema | 10 |
| 8 | Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva. <i>Indicatore:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa. | 5 |
| 9 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 10 |

| 2016 | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia | |
|------|--|------|
| CdR | MEDICINA INTERNA OBIETTIVI QUALITATIVI | PESO |
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p><i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Adozione, di concerto con i responsabili delle U.O. coinvolte, di protocolli specifici su prestazioni a rischio e linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere</p> <p><i>Indicatore:</i> Definizione di almeno n. 3 protocolli</p> | 5 |
| 3 | <p>Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio</p> <p><i>Indicatore:</i> Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.</p> | 5 |
| 4 | <p>Miglioramento Integrazione Territorio - Ospedale</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) attivazione della proposta presentata nel 2015 come approvata</p> | 10 |

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

| 2016 | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia | peso |
|------|---|------|
| CdR | DIABETOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI | |
| 1 | <p>In occasione della Giornata Mondiale del Diabete (che si tiene generalmente nel mese di novembre), in tutti gli Ospedali dell'ASL, nell'ambito delle attività locali in merito ed in collaborazione con il Servizio SIAN, organizzare punti di prelievo per la rilevazione della glicemia, con contestuale misurazione di peso, circonferenza addominale e pressione arteriosa.</p> <p><i>Indicatore:</i> Predisposizione dell'evento e distribuzione materiale informativi sul diabete, sul corretto stile di vita (dieta, attività fisica), forniti anche dalla International Diabetes Federation.</p> | 10 |
| 2 | <p>Screening di base su piede diabetico</p> <p><i>Indicatore:</i> Predisposizione di un Piano di screening Raggiungimento di una percentuale soddisfacente (100% dei pazienti in carico)</p> | 15 |
| 3 | <p>Miglioramento dell'equilibrio economico</p> <p><i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p> | 10 |
| 4 | <p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).</p> <p><i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema Refertazione on-line</p> | 10 |
| 5 | <p>Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese</p> <p><i>Indicatore:</i> Report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p> | 5 |

| 2016 | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia | |
|------|--|------|
| CdR | DIABETOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI | peso |
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p><i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 10 |
| 2 | <p>Attività di prevenzione del Diabete e delle Malattie metaboliche: formazione dei MMG per l'utilizzo delle occasioni opportune ai fini dell'individuazione precoce dei soggetti a rischio, anche in relazione alla frequente co-morbidità</p> <p><i>Indicatore:</i> Effettuare almeno n° 2 incontri annui di sensibilizzazione sul tema Diabete con i Medici di Medicina Generale del territorio di riferimento, in forma di eventi ECM o di partecipazione degli Specialisti alle periodiche riunioni dei MMG.</p> | 10 |
| 3 | <p>Attività di prevenzione del Diabete e delle Malattie metaboliche: - perseguire la "Gestione integrata" con i Medici di Medicina Generale del territorio, finalizzata alla più precoce evidenziazione dei segni e sintomi propri della patologia diabetica</p> <p><i>Indicatore:</i> a) effettuare almeno n° 3 incontri sull'argomento registrando data, durata, elenco partecipanti e temi discussi b) presentare un progetto di rete per gestire i pazienti conclamati</p> | 10 |
| 4 | <p>Attività di prevenzione del Diabete e delle Malattie metaboliche: a) definizione di percorsi diagnostici costo/efficaci per la diagnosi precoce e protocolli per la gestione integrata della malattia b) coinvolgimento delle associazioni per monitorare il consumo delle striscette, reinvestendo parte del risparmio</p> <p><i>Indicatore:</i> a) definizione di n° 1 percorso diagnostico per la diagnosi precoce e n. 1 protocollo per la gestione integrata della malattia (laddove non raggiunto nel 2015) b) presentazione di n. 1 un progetto in tal senso</p> | 10 |
| 5 | <p>Educazione Terapeutica alla somministrazione di insulina (modalità, sedi, uso delle penne) svolti da Infermiera professionale</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) Predisposizione di materiale informativo/educativo 2) n° incontri svolti per gruppi di pazienti</p> | 10 |

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

| CdR | GASTROENTEROLOGIA - OBIETTIVI QUANTITATIVI | PESO |
|-----|---|------|
| 1 | <p>Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.</p> <p><i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali)</p> | 10 |
| 2 | <p>Ottimizzazione degenza media</p> <p><i>Indicatore:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale</p> | 10 |
| 3 | <p>Miglioramento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario almeno pari allo 0,32; 2) % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti ai day service, ai sensi della D.G.R. n. 1202/14 e ss.mm., maggiore del 70%.</p> | 10 |
| 4 | <p>Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile</p> <p><i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente</p> | 10 |
| 6 | <p>Equilibrio economico: Ricavi /Costi ≥ 90%</p> <p><i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p> | 10 |
| 7 | <p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).</p> <p><i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema</p> | 10 |

| 2016 | | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia | |
|------|---|---------------------------------|------|
| 8 | Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva. <i>Indicatore:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa. | | 10 |
| 9 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | | 10 |
| CdR | GASTROENTEROLOGIA - OBIETTIVI QUALITATIVI | | PESO |
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. <i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previsti dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | | 5 |
| 2 | Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio <i>Indicatore:</i> Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi. | | 15 |

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

| 2016 CdR | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia NEFROLOGIA e DIALISI OBIETTIVI QUANTITATIVI | PESO |
|-------------|---|------|
| 1 | <p>Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.</p> <p><i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90%</p> | 10 |
| 2 | <p>Ottimizzazione degenza media</p> <p><i>Indicatore:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale</p> | 10 |
| 3 | <p>Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario almeno pari allo 0,32; 2) % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti ai day service, ai sensi della D.G.R. n. 1202/14 e ss.mm., maggiore del 70%.</p> | 10 |
| 4 | <p>Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile</p> <p><i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente</p> | 10 |
| 5 | <p>Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90%</p> <p><i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo del personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p> | 10 |
| 6 | <p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.) + applicativo GEPADIAL</p> <p><i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema</p> | 10 |
| 7 | <p>Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.</p> <p><i>Indicatore:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.</p> | 10 |
| 8 | <p>Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> <p><i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> | 5 |

| 2016 | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia | PESO |
|--|--|------|
| NEFROLOGIA E DIALISI OBIETTIVI QUALITATIVI | | |
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p><i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Adozione, di concerto con i responsabili delle U.O. coinvolte, di protocolli specifici su prestazioni a rischio e linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere</p> <p><i>Indicatore:</i> Definizione di almeno n. 3 protocolli</p> | 5 |
| 3 | <p>Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio</p> <p><i>Indicatore:</i> Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.</p> | 5 |
| 4 | <p>Presentazione di un progetto sulla dialisi peritoneale a domicilio in collaborazione con la specialistica ambulatoriale</p> <p><i>Indicatore:</i> SI/NO</p> | 5 |
| 5 | <p>Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali + porposta di riorganizzazione della "rete dialitica".</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2016; 2) Revisione semestrale del modello proposto.</p> | 5 |

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

| 2016 | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia | |
|------|--|------|
| CdR | P.O. SAN SEVERO - MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO OBIETTIVI QUANTITATIVI | PESO |
| 1 | Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90% | 10 |
| 2 | Ottimizzazione degenza media <i>Indicatore:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale | 10 |
| 3 | Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato <i>Indicatore:</i> 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario almeno pari allo 0,32; 2) % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti ai day service, ai sensi della D.G.R. n. 1202/14 e ss.mm., maggiore del 70%. | 10 |
| 4 | Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile <i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente | 10 |
| 5 | Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90% <i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | 10 |
| 6 | Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.). <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema | 10 |
| 7 | Estensione orari di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa <i>Indicatore:</i> 1. SI/NO 2. Attivazione di ambulatorio per visite urgenti | 10 |
| 8 | Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva. <i>Indicatore:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa. | 10 |
| 9 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. <i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

| 2016 | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia | |
|------|--|------|
| CdR | P.O. SAN SEVERO - MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO OBIETTIVI QUALITATIVI | PESO |
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p><i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio</p> <p><i>Indicatore:</i> Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.</p> | 5 |
| 3 | <p>Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2016; 2) Revisione semestrale del modello proposto.</p> | 5 |

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

| CdR | PSICHIATRIA OBIETTIVI QUANTITATIVI | PESO |
|-----|---|------|
| 1 | <p>Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.</p> <p><i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto compreso tra 80 e 90%</p> | 10 |
| 2 | <p>Ottimizzazione degenza media</p> <p><i>Indicatore:</i> Degenza media inferiore a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico assistenziale</p> | 10 |
| 3 | <p>Riduzione del numero assoluto e relativo di Trattamenti Sanitari Obbligatori e riduzione complessiva dei ricoveri ospedalieri, attraverso una logica di prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di vita dei pazienti, favorendo interventi precoci e integrati (rete assistenziale territorio-ospedale)</p> <p><i>Indicatore:</i> Rappresentazione della rete "esistente" Territorio-Ospedale-Territorio. Soluzioni attuate rispetto alla intensità di cura, risorse disponibili. Definizione di un quadro di indicatori per il monitoraggio delle attività rispetto alla popolazione utente.</p> | 10 |
| 4 | <p>Equilibrio economico: Ricavi /Costi \geq 90%</p> <p><i>Indicatore:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: Costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti.</p> | 10 |
| 5 | <p>Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2016 2) Revisione semestrale del modello proposto.</p> | 5 |
| 6 | <p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).</p> <p><i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema</p> | 10 |
| 7 | <p>Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> <p><i>Indicatore:</i> Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> | 5 |

| 2016 | 5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia | PESO |
|-----------------------------------|--|------|
| PSICHIATRIA OBIETTIVI QUALITATIVI | | |
| 1 | <p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> <p><i>Indicatore:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale</p> | 5 |
| 2 | <p>Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.</p> <p><i>Indicatore:</i> n° di incontri, verbali e protocolli d'intesa.</p> | 5 |
| 3 | <p>Riduzione della contenzione: a) Predisposizione entro 60 giorni di una relazione sugli episodi di contenzione negli SPDC (numero pazienti contenuti, durata, ..); b) adozione di una specifica Procedura per la pratica della contenzione, che contenga precisi indicatori sulle responsabilità, sulle azioni, sulla tempistica dell'assistenza medico-infermieristica, sulla documentazione, sui rapporti con il contesto relazionale di riferimento, sulle comunicazioni tra SPDC e Direzione DSM, CSM di riferimento del paziente, Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero ove è allocato il SPDC, Unità di gestione del Rischio (se attivata), salvaguardando il contenuto delle raccomandazioni regionali in materia</p> <p><i>Indicatore:</i> a) relazione che evidenzia nel 2016 il ricorso a tale pratica, b) Protocollo operativo</p> | 10 |
| 4 | <p>Per gli interventi di contenzione fisica si deve procedere ad opportuna e tempestiva documentazione mediante l'uso e la tenuta dei seguenti strumenti:</p> <p>a) Tenuta del registro di monitoraggio eventi sentinella (episodio di contenzione, di aggressività, infortuni di operatori e pazienti,) b) schede di rilevazione e gestione dell'episodio di contenzione c) attivazione di un registro delle contenzioni, che riporti nome del paziente, orario di inizio, motivazione sintetica, orario di fine contenzione d) le stesse informazioni fdevono essere riportate nella cartella clinica</p> <p><i>Indicatore:</i> Istituzione degli strumenti di rilevazione indicati e rendiconto trimestrale con evidenza dell'evoluzione dei singoli casi.</p> | 5 |
| 5 | <p>Garantire adeguati livelli di discussione degli aspetti organizzativi, delle pratiche professionali, dei casi difficili e la formazione, sia sul campo che strutturata, per la prevenzione e la gestione della violenza, del burn out e la prevenzione della contenzione; la formazione deve essere rivolta a tutte le figure coinvolte, sanitarie e non (operatori DSM, emergenza, polizia municipale, ecc.</p> <p><i>Indicatore:</i> Partecipazione al tavolo tecnico (tra reparti e territorio) dove condividere soluzioni e modalità di monitoraggio.</p> | 5 |
| 6 | <p>Continuità di trattamento rispetto al CSM di provenienza del paziente</p> <p><i>Indicatore:</i> Migliorare la percentuale dei contatti cxon i CSM sul n.ro dei ricoveri</p> | 10 |

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

| 2016 | | | |
|---|--|--|------|
| 6 - DIRIGENZE SANITARIE DI PP.OO. ASL FG - Foggia | | | |
| CdR | DIRIGENZA SANITARIA | | |
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali. | Formulare la proposta entro il 30 luglio 2016 (solo se non presentato nel 2015) Revisione semestrale del modello proposto. | 5 |
| 2 | Coordinare con il Primario di Anestesia e con i Primari delle specialità chirurgiche la formalizzazione del calendario trimestrale delle sedute operatorie. | effettuare almeno n. 1 incontro trimestrale, registrando data, durata, partecipanti e calendario formalizzato e comunicazione al D.G. e al Comitato di budget | 5 |
| 3 | Controllo della qualità delle Cartelle cliniche relativamente alla completezza, leggibilità delle firme degli operatori che hanno effettuato le consulenze. Dotare ciascun dirigente di un timbro nominativo, obbligandolo all'uso dello stesso per una più facile identificazione sugli atti medici. | controllo del 5 % di cartelle cliniche dei dimessi di ogni reparto e trasmette specifica relazione ai primari sulle eccezioni riscontrate con frequenza trimestrale. Report trimestrale. | 10 |
| 4 | Garantire l'appropriatezza della cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera diretta) R.O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida e disposizioni regionali | a. controllo di almeno il 10% dei controlli analitici casuali b. controllo del 100% dei ricoveri appartenenti ai 108 DRG "ad alto rischio di inappropriatazza", 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 inappropriatazza. | 10 |
| 5 | Gestione dei ricoveri degli stranieri (Cittadini europei e di paesi convenzionati): 1) estrapolare un "file ricoveri stranieri" 2) trasmissione al Distretto competente delle informazioni rilevanti ai fini della richiesta del rimborso. | SI/NO: da effettuarsi sulla base del modello aziendale/linee guida in corso di adozione. | 10 |
| 6 | Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa | Riduzione/mantenimento dei tempi di attesa nei limiti previsti dalla normativa vigente. | 10 |
| 7 | Somministrare questionario di gradimento, anonimo, secondo il protocollo elaborato dall'URP in attuazione delle linee guida regionali. | Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri e utenza ambulatoriale (sulle attività di competenza) | 5 |
| 8 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 9 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 10 |

2016

6 - DIRIGENZE SANITARIE DI PP.OO. ASL FG - Foggia**OBIETTIVI QUALITATIVI****Indicatore/risultato atteso****Peso**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | Promuove gli interventi di carattere organizzativo per facilitare i processi di gestione e di comunicazione tra le diverse strutture aziendali, supporta le determinazioni della Direzione Generale per il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'azienda, collabora alla gestione del processo di budget del Presidio Ospedaliero. | effettuare almeno n. 4 incontri (trimestrali), registrando data, durata, partecipanti valutando lo stato di avanzamento del budget oltre a rilevare problemi insorti e soluzioni adottate. | 5 |
| 3 | Umanizzazione dell'assistenza ospedaliera e miglioramento degli indici di Customer Satisfaction | a) Acquisizione delle linee guida regionali sull'argomento; b) Analisi dei risultati desumibili dalla elaborazione dei questionari somministrati dall'URP. | 5 |
| 4 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 5 |
| 5 | Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Attuazione della procedura di emissione degli ordini a seguito delle assegnazioni ricevute per acquisti diretti. | 5 |
| 6 | Formazione e aggiornamento professionale. | Presentazione di almeno un programma formativo di Aggiornamento | 5 |

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

2016
7 - DIREZIONI AMMINISTRATIVE DI PP.OO. ASL FG - Foggia

| CdR | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | | |
|-----|---|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali. | formulare proposta entro il 30 luglio 2016 (solo se non presentato nel 2015) Revisione semestrale del modello proposto. | 5 |
| 2 | 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 | 10 |
| 3 | Assolvimento delle attività, informatiche e amministrative, inerenti l'inventario fisico dei beni installati e funzionanti nel P.O. | effettuare la "Carica breve" e la "carica definitiva" di tutti i beni strumentali direttamente acquistati oltre a quelli consegnati al presidio. | 10 |
| 4 | Cura le attività di mancato ritiro dei referti, recupero dei ticket e sollecito di pagamento fino alla fase di costituzione in mora dell'utente ed al relativo incasso delle somme dovute. | Relazione su: i) codici bianchi, ii) referti non ritirati, iii) mancate disdette. | 10 |
| 5 | Liquidazione fatture beni sanitari e non di pertinenza del PO rinvenienti da programmi di spesa. | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura | 10 |
| 6 | Verifica delle esenzioni ticket per il tramite del sistema TS di cui al DM 11/12/2009 . Recupero del ticket non corrisposto su Codici Bianchi e mancate disdette. | % di recupero sul totale dell'importo per la spesa specialistica sulle autocertificazioni 2012 (periodo di imposta 2011) > 40% | 10 |
| 7 | Gestione del Budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale sui programmi di spesa nonché sulle voci: straordinario; reperibilità; prestazioni aggiuntive; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 8 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |
| 9 | Definire, in collaborazione con l'Area Gestione Patrimonio, le procedure di acquisto di beni e servizi di uso dei Presidi Ospedalieri di importi modesti. | N° gare: almeno 2 | 10 |

2016

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

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
|---|--|---|------|
| 1 | <p>Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti.</p> | <p>punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO</p> | 10 |
| 2 | <p>Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.</p> | <p>Attuazione della procedura di emissione degli ordini a seguito delle assegnazioni ricevute per acquisti diretti.</p> | 10 |

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

2016
8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG

| | | | | | | | | |
|----------------|---------------|-------------------|------------------|--------------------|------------------------|---------------|-------------------------|--------------|
| 120 | | | | | | | | |
| DISTRETTO | FOGGIA | SAN SEVERO | CERIGNOLA | MANFREDONIA | SAN MARCO IN L. | LUCERA | VICO DEL GARGANO | TROIA |
| N° Assistibili | 152.770 | 105.820 | 96.408 | 80.012 | 59.033 | 53.068 | 46.591 | 40.137 |
| N° Comuni | 1 | 8 | 6 | 4 | 4 | 14 | 8 | 16 |

CdR
DIREZIONE DISTRETTO S.S.

| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
|----|--|---|-------------|
| 1 | Monitoraggio di abbandono e disdette delle visite specialistiche. Adempimenti consequenziali nei confronti dell'assistito. | Report trimestrale sulle attività svolte nei confronti dell'assistito inadempiente (mancata disdetta) | 5 |
| 2 | Potenziamento di adeguati programmi di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti, incrementando il numero di assistiti inclusi in programmi di ADI. | 1) 3,5 anziani in ADI ogni 100 anziani residenti 2) Relazione sulla situazione al 31/12/2015 e relazioni trimestrali sulle attività espletate 3) sviluppare un modello di gestione dell'ADI (su cui costruire anche la gara x ADI) | 5 |
| 3 | Condivisione ed attivazione di un protocollo aziendale condiviso con le Direzioni Sanitarie dei presidi Ospedalieri per la dimissione protetta. | Almeno n. 1 incontro verbalizzato con gli Ospedali (ASL ed extra) ricadenti nel proprio territorio | 5 |
| 4 | Potenziamento azione su immigrati da parte dei CC.FF.. Incontri a tema (vaccinazioni, tabu religiosi e visite ginecologiche, ecc..) con relazioni finali da parte dei CC.FF. ed ambulatori STP. | Almeno n. 2 incontri annui per ogni consultorio | 5 |
| 5 | Controllo della spesa farmaceutica effettuando convocazioni dei MMG e PLS segnalati dal Dipartimento Farmaceutico Territoriale e verbalizzando i relativi incontri con obbligo per il medico di giustificare la maggiore spesa anche al fine di prevedere le azioni di censura previste dall'accordo collettivo nazionale della medicina generale in caso di spesa inappropriata e/o giustificata. | 1) N. di pratiche concluse / N. di segnalazioni ricevute dalla Farmaceutica Territoriale 2) Report sui casi di inappropriata prescrizione riscontrati (con relativa valorizzazione economica) e relativo addebito al medico prescrittore | 5 |
| 6 | Miglioramento del rapporto tra costo della specialistica (con riferimento al solo costo del personale) e valore delle prestazioni erogate risultante dal CUP - Controlli sulla saturazione delle ore attribuite (a condizione che le Prenotazioni possano essere effettuate ad orario differenziato secondo il tempario) | Valore economico delle prestazioni erogate = Costo del personale sanitario operante. | 5 |
| 7 | Al fine di monitorare la Spesa Protesica (DM 322/1999), implementazione dell'Area Assistenza Protesica in Edotto con l'inserimento dei dati inerenti le prescrizioni dei dispositivi protesici di cui al DM 332/1999 relativi all'anno 2016, ivi compresi gli aggiuntivi, le riparazioni e/o sostituzioni. | Confronto dei dati inseriti in Edotto sulla Spesa Protesica dell'anno 2016 con i relativi dati di spesa di cui al CE (descrizione conto: Materiale protesico fornitura diretta - ass. prot.; Assistenza protesica tramite strutture private) - Scostamento tra Spesa prot. da CE e Spesa prot. Edotto <= 5% | 5 |
| 8 | Verifica delle esenzioni ticket per il tramite del sistema TS di cui al DM 11/12/2009. Recupero del ticket non corrisposto derivante da autocertificazioni con esito negativo. | % di recupero sul totale dell'importo per la spesa specialistica sulle autocertificazioni 2013 (periodo di imposta 2012) > 40% | 5 |
| 9 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 5 |
| 10 | Considerato il fabbisogno delle prestazioni relative all'assistenza residenziale e semiresidenziale per disabili ed anziani non autosufficienti, provvedere nel corso del triennio alla revisione dei profili assistenziali e alla ricollocazione dei pazienti nei setting assistenziali appropriati in modo da allineare il fabbisogno con l'offerta assistenziale | N. pazienti ricollocati / n. pazienti Relazione dettagliata sull'incontro tra offerta e domanda anche nella prospettiva più o meno attuata dell'ADI e Telemedicina | 5 |
| 11 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 5 |
| 12 | Effettuare controlli a campione sulle visite domiciliari effettuate dai medici specialisti | Fornire a cadenza semestrale il n° di prestazione domiciliari effettuate per branca specialistica (n° assoluto e in % sulla popolazione assistita) | 5 |
| 13 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

2016
8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG

| | | | | | | | | |
|----------------|---------------|-------------------|------------------|--------------------|------------------------|---------------|-------------------------|--------------|
| 120 | | | | | | | | |
| DISTRETTO | FOGGIA | SAN SEVERO | CERIGNOLA | MANFREDONIA | SAN MARCO IN L. | LUCERA | VICO DEL GARGANO | TROIA |
| N° Assistibili | 152.770 | 105.820 | 96.408 | 80.012 | 59.033 | 53.068 | 46.591 | 40.137 |
| N° Comuni | 1 | 8 | 6 | 4 | 4 | 14 | 8 | 16 |

2016
DISTRETTO S.S. OBIETTIVI QUALITATIVI
Indicatore/risultato atteso
Peso

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | Riduzione dei tempi di attesa attraverso il miglioramento della fruibilità e accessibilità. Monitoraggio e valutazione dei livelli prestazionali dei medici specialisti | 1) separazione delle prime visite dalle altre e attivazione del doppio canale (i MMG devono codificare diversamente le ricette); 2) prenotazioni ad orari differenziati; 3) N° prestazioni / N° ore. | 5 |
| 3 | Migliorare l'appropriatezza prescrittiva per visite specialistiche e prestazioni attraverso incontri con i MMG e PLS . | Almeno n. 2 incontri annui verbalizzati | 5 |
| 4 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 5 |
| 5 | Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti (da individuare) | 5 |
| 6 | Presa in carico del paziente: a) costruire un modello di presa in carico e b) coordinarsi con le Commissioni Paritetiche di MMG per attività di formazione sulla presa in carico del paziente | a) predisposizione del modello b) Almeno n. 2 incontri verbalizzati | 5 |
| 7 | Passaggio alla ricetta dematerializzata per le prestazioni specialistiche | 85% di medici attivati | 5 |

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

| 2016 | 9 - DIPARTIMENTO MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA - ASL FG Foggia | | |
|------|--|--|------|
| 120 | SERVIZIO DI TERAPIA FISICA | | |
| CdR | OBIETTIVI QUANTITATIVI | | |
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Elaborare un piano di attività rivolto a ridurre le prestazioni extraregionali ambulatoriali, di internato e quelle domiciliari rispetto alla spesa contabilizzata nell'anno precedente. | Spesa 2016 < Spesa 2015 (valore da bilancio 2015 CE 70611000165) | 5 |
| 2 | Concordare con le strutture accreditate la consegna mensile del dettaglio delle prestazioni erogate su un supporto magnetico. | Invio al CdG di report trimestrali analitici delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate entro il 30 del mese successivo al trimestre | 5 |
| 3 | Monitorare attraverso una rigorosa valutazione dei piani di cura, la degenza media negli istituti di riabilitazione (ricoveri residenziali e non residenziali), con evidenza dei controlli effettuati. | Report trimestrali | 5 |
| 4 | Assegnazione dei limiti di spesa per protesi ed ausili ad ogni Distretto aziendale e monitoraggio-analisi trimestrale con conseguente comunicazione ai direttori di Distretto. | 1. Comunicazione di assegnazione budget per distretto 2. Monitoraggio-analisi trimestrale con conseguente comunicazione ai direttori di Distretto. | 5 |
| 5 | Controllo prescrittori in relazione alla spesa protesica. | attivazione di apposita procedura per software per la rendicontazione, monitoraggio e controllo della spesa relativa a protesi e ausili. | 5 |
| 6 | Mantenimento della spesa protesica rispetto al 2015 | spesa 2016 ≤ Spesa 2015 (valore da bilancio 2015 CE 70611500005) | 5 |
| 7 | Sottoscrizione accordi contrattuali e relativa trasmissione al competente Servizio Regionale, in conformità allo schema -tipo contrattuale approvato - per singole tipologie di strutture - con DD.GG.RR. 1791/2014, 1792/2014, 1793/2014, 1794/2014, 1795/2014, 1796/2014, 1797/2014, 1798/2014 con riduzione del 2% dei tetti di spesa aziendali rispetto all'imponibile anno 2011 in adeguamento alla Legge 135/2012, nonché delle ulteriori decurtazioni previste dalla DGR 1304/2013 e tenuto conto di quanto stabilito dall'art. 7, comma 4 del D.L. n. 192 del 2014 convertito in legge 11/2015 | SI/NO | 5 |
| 8 | Al fine di monitorare la Spesa Protesica (DM 322/1999), implementazione dell'Area Assistenza Protesica in Edotto con l'inserimento dei dati inerenti le prescrizioni dei dispositivi protesici di cui al DM 332/1999 relativi all'anno 2016, ivi compresi gli aggiuntivi, le riparazioni e/o sostituzioni. | Confronto dei dati inseriti in Edotto sulla Spesa Protesica dell'anno 2016 con i relativi dati di spesa di cui al CE (descrizione conto: Materiale protesico fornitura diretta - ass. prot; Assistenza protesica tramite strutture private) - Scostamento tra Spesa prot. da CE e Spesa prot. Edotto <= 5% | 5 |
| 9 | Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. | Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software. | 5 |
| 10 | Rendicontazione trimestrale dei dati di attività erogata dalle strutture del Dipartimento all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del trimestre. | N° 4 report trimestrali | 5 |
| 11 | Riabilitazione ex art.26 L.833/1978: appropriatezza prescrittiva | numero prescrizione verificate / totale prescrizioni (20%) | 5 |
| 12 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 5 |
| 13 | Considerato il fabbisogno delle prestazioni relative all'assistenza residenziale e semiresidenziale per disabili ed anziani non autosufficienti, provvedere nel corso del triennio alla revisione dei profili assistenziali e alla ricollocazione dei pazienti nei setting assistenziali appropriati in modo da allineare il fabbisogno con l'offerta assistenziale | N° pazienti ricollocati / n° pazienti Relazione dettagliata sull'incontro tra offerta e domanda anche nella prospettiva più o meno attuata dell'ADI e Telemedicina | 5 |
| 14 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 5 |
| 15 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

| 2016 | 9 - DIPARTIMENTO MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA - ASL FG Foggia | | |
|------|---|---|------|
| 2016 | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | Attuazione di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi in modo da garantire una presa in carico globale del paziente in relazione alla domanda di psicomotricità, kinesiterapia, logopedia e terapia occupazionale. | N° di protocolli e percorsi condivisi > 2 | 5 |
| 3 | Procedure di sanificazione degli ausili e del loro riutilizzo. | 2 report semestrali delle attrezzature recuperate e di quelle sanificate e pronte al riuso da distribuire ai Distretti | 5 |
| 4 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 5 |
| 5 | Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti (da individuare) | 5 |

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

| 2016 | | 10 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - ASL FG Foggia | | |
|------|--|---|---|------|
| 120 | | DIREZIONE DIPART. DIPENDENZE PATOLOGICHE | | |
| CdR | | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | | Predisporre entro il mese di marzo una relazione sulla situazione della popolazione utente che evidenzi l'attività svolta, i risultati conseguiti e la nuova popolazione utente. | Relazione annuale | 5 |
| 2 | | Attività di vigilanza ex L.R. n.22/96 e ss.mm. ii. nelle CC.TT. operanti nell'ambito territoriale della ASI Fg da effettuarsi, per quanto di competenza, a cura delle sezioni dipartimentali competenti territorialmente, mediante visite periodiche finalizzate all'accertamento della permanenza dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento e nel rispetto dei diritti degli utenti. | Almeno una visita ogni semestre da parte di ciascuna Sezione dipartimentale competente territorialmente, debitamente verbalizzata | 5 |
| 3 | | Progettazione/Comunicazione sullo stato dell'arte delle quote dei Piani sociali di Zona dedicate alle Dipendenze Patologiche con particolare riguardo agli interventi mirati al reinserimento socio-lavorativo dei soggetti con dipendenza patologica, con il coinvolgimento degli enti ausiliari ed in connessione con i progetti condivisi nei Piani sociali di Zona, compatibilmente con le risorse umane a disposizione dei vari servizi. Il programma potrà prevedere l'affidamento di servizi agli enti ausiliari con coinvolgimento lavorativo di pazienti in trattamento. | Relazione semestrale di aggiornamento | 5 |
| 4 | | Predisposizione di un piano triennale di prevenzione sulla base delle risorse finanziarie assegnate al DDP aggiornato in Progress. | Utilizzo per anno di almeno l'80% delle somme assegnate | 5 |
| 5 | | Elaborazione di un progetto specifico per la dipendenza patologica da gioco, sulla base delle risorse finanziarie assegnate al DDP aggiornato in Progress. | Utilizzo per anno di almeno l'80% delle somme assegnate | 10 |
| 6.a | | a) Elaborazione di un progetto specifico per la dipendenza patologica da alcool sulla base delle risorse finanziarie assegnate al DDP aggiornato in Progress. | Utilizzo per anno di almeno l'80% delle somme assegnate | |
| 6.b | | b) Elaborazione di un progetto specifico per la dipendenza patologica da tabacco sulla base delle risorse finanziarie assegnate al DDP aggiornato in Progress. | Utilizzo per anno di almeno l'80% delle somme assegnate | |
| 7 | | Controllo e rendicontazione semestrale della spesa verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregionali, evidenziando per ogni struttura numero di utenti, giornate di degenza e retta giornaliera. | N° 2 report semestrali | 5 |
| 8 | | Rendicontazione semestrale dei dati di attività erogata dalle strutture del DDP all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del semestre. | N° 2 report semestrali | 5 |
| 9 | | Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del Budget assegnato | 5 |
| 10 | | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |
| 11 | | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sulle voci di spesa: straordinario; reperibilità; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 12 | | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 10 |

| 2016 | 10 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - ASL FG Foggia | | |
|------|---|---|------|
| 120 | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | Riconversione nei limiti del 20% della spesa comunitaria residenziale da destinare al finanziamento di proposte/progetti per l'ampliamento di attività non residenziali sulla base di programmi personalizzati. | a) spesa comunitaria residenziale / spesa comunitaria residenziale prevista; b) spesa comunitaria non residenziale / spesa comunitaria non residenziale prevista | 5 |
| 3 | Definire un modello di integrazione tra DDP e DSM attraverso: a) l'individuazione congiunta degli ambiti di intervento b) l'attivazione di esperienze di gestione integrata. | Proposta di protocollo entro 1 anno (solo se non formulata nel 2015) | 5 |
| 4 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dallo stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 |
| 5 | Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti | 5 |

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

| 2016 | | 11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia | |
|------|--|---|-----------------------------|
| 120 | | DIREZIONE DIPART. DI SALUTE MENTALE | |
| CdR | | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso |
| | | | Peso |
| 1 | Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/02. | 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 un controllo annuale per struttura verbalizzato. | 5 |
| 2 | Attuazione di un piano operativo immediatamente esecutivo, finalizzato a definire soluzioni guida ad intensità differenziata, personalizzate e condivise con il paziente ed i suoi familiari, sia per riportare all'interno del territorio quelli degenti in strutture extra ASL FG, sia per dare pratica attuazione a percorsi riabilitativi. | Relazione sulla situazione entro il 30/07/2016; pianificazione interventi. | 5 |
| 3 | Governo della spesa verso comunità terapeutiche esterne o interne al territorio del CIM, evidenziando per struttura accreditata, il numero di utenti, le giornate di degenza, la retta giornaliera ove definita. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale | N° 4 report trimestrali | 5 |
| 4 | Potenziamento dell'assistenza ambulatoriale, domiciliare e territoriale, anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti ex DGR 916/2010 | Aumento del 10% delle prestazioni ambulatoriali, domiciliari e territoriali rispetto al 2015 o Mantenimento dei livelli assistenziali laddove l'incremento sia stato già raggiunto nel 2015 | 5 |
| 5 | Presa in carico degli internati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario dimissibili | 100% utenti dimissibili presi in carico | 10 |
| 6 | Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale e domiciliare, ache attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012 | Aumento del 10% delle prestazioni di assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale, domiciliare o Mantenimento dei livelli assistenziali laddove l'incremento sia stato già raggiunto 2015 | 5 |
| 7 | Completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. (Concorre per la cartella sanitaria ambulatoriale) | verifica sul livello di informatizzazione raggiunto | 5 |
| 8 | Rendicontazione semestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al semestre. | N° 2 report semestrali | 5 |
| 9 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 5 |
| 10 | Riduzione del ricorso alla contenzione: a) Predisposizione entro 60 giorni di una relazione sugli episodi di contenzione negli SPDC (numero pazienti contenuti, durata, ..); b) adozione di una specifica Procedura per la pratica della contenzione, che contenga precisi indicatori sulle responsabilità, sulle azioni, sulla tempistica dell'assistenza medico-infermieristica, sulla documentazione, sui rapporti con il contesto relazionale di riferimento, sulle comunicazioni tra SPDC e Direzione DSM, CSM di riferimento del paziente, Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero ove è allocato il SPDC, Unità di gestione del Rischio (se attivata), salvaguardando il contenuto delle raccomandazioni regionali in materia | a) relazione che evidenzia il ricorso a tale pratica b) Definizione del Protocollo operativo c) Attivazione del Percorso individuato attraverso il Protocollo | 5 |
| 11 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 5 |
| 12 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

2016

11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia

120

2016

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatore/risultato atteso

Peso

| | | | |
|---|---|--|---|
| 1 | Migliorare l'integrazione dei percorsi di accoglienza sociosanitaria territoriale con i percorsi riabilitativi, per i pazienti psichiatrici stabilizzati, senza il necessario supporto familiare, attuando protocolli operativi per la presa in carico territoriale in strutture di bassa e media intensità assistenziale | Congiuntamente al CSSS, predisporre un atto che evidenzia la situazione, al 30 luglio 2016, delle strutture accreditate e/o a conduzione diretta con le quali l'Azienda ha contrattualizzato prestazioni; analisi della copertura rispetto ai potenziali bisogni. Aggiornamento del processo di governo della domanda. | 5 |
| 2 | Riabilitazione dell'utenza psichiatrica attraverso percorsi di reinserimento socio-lavorativo realizzati in integrazione con gli Ambiti Sociali e i Centri per l'Impegno, nell'ambito dei Programmi Regionali per l'inclusione sociale attiva. | Proposizione di almeno un progetto per Ambito Sociale | 5 |
| 3 | Progetto "No Restraint" CSM- Il progetto si propone in collaborazione con le associazioni degli utenti e dei familiari di antagonizzare le forme di contenzione, di restrizione ed abbandono nella pratica quotidiana dei CSM e di favorire, al contrario percorsi autenticamente comunitari di cura che diano ai cittadini responsabilità e protagonismo, umanizzino i servizi alla persona, per migliorino il benessere della comunità. | 1) Stesura del progetto entro il 31.12.16 2) Indagine sulla qualità percepita dall'utenza ed individuazione delle criticità nel 2017 | 5 |
| 4 | Progetto "No Restraint Residenze - Il progetto si propone in collaborazione con le associazioni degli utenti e dei familiari di antagonizzare le forme di contenzione, di restrizione ed abbandono nelle attività riabilitative residenziali e semiresidenziali favorendo l'apertura delle residenze alla comunità. | 1) Stesura del progetto entro il 31.12.16 2) Valutazione dell'attività riabilitativa delle comunità e dei Centri Diurni interni alla ASL in collaborazione con le associazioni degli utenti e dei familiari ed analisi delle criticità nel 2017. | 5 |
| 5 | Miglioramento della qualità dei servizi offerti alle famiglie degli utenti con particolare riferimento alle Attività psicoeducative e Social skills training (A cura del servizio di Psicologia Clinica) . | Programma di formazione di un maggior numero di operatori per condurre tali attività | 5 |
| 6 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 5 |
| 7 | Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti | 5 |

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

2016

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI

Indicatore/risultato atteso

Peso

120

| 1 | <p>Attuazione Programmi di screening: Chiamata attiva al test di screening di primo livello in un programma organizzato per: cervice uterina; 2) mammella; 3) colon retto.</p> | 1) | <p>1.a) N° di donne (25-64 anni) che hanno ricevuto l'invito / n.ro di donne residenti (25-64) : 3 >= 30% 1.b) N° di donne (25-64 anni) che hanno effettuato un pap test / n.ro di donne che hanno ricevuto l'invito (25-64) >=50% 2.a) N° di donne (50-69 anni) che hanno ricevuto l'invito / n.ro di donne residenti (50-69) : 2 2.b) N° di donne (50-69 anni) che hanno effettuato una mammografia / n.ro di donne che hanno ricevuto l'invito (50-69) >= 30% 3.a) N° di soggetti (50-69 anni) che hanno ricevuto l'invito / n.ro di residenti (50-70) : 2 >= 10% 3.b) N° di soggetti (50-69 anni) che hanno effettuato il SOF / n.ro di soggetti che hanno ricevuto l'invito (50-69) >= 15%</p> | 50 |
|---|--|----|--|----|
| 2 | <p>Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente, le ASL per tutte le categorie di beni e servizi nonchè per le soglie individuate entro il 31 dicembre di ogni anno con apposito DPCM, ricorrono a Consip SPA e agli altri Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure di acquisto. Per tutte le altre le ASL sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni-quadro stipulate da Consip SPA.</p> | | <p>1) Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2016) / Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2015) 2) Mappatura degli acquisti effettuati con relativa procedura di gara seguita</p> | 10 |
| 3 | <p>Informatizzazione degli ordini</p> | | <p>ordini informatizzati / totale ordini = 100%</p> | 10 |
| 4 | <p>Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti.</p> | | <p>punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO</p> | 10 |
| 5 | <p>Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.</p> | | <p>Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti</p> | 10 |
| 6 | <p>Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.</p> | | <p>Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.</p> | 10 |

| 2016 | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|---|---|------|
| 120 | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| CdR | SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA - SISP | | |
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Strategia di vaccinazione - Anti HPV. 70% ragazze coorte verifica 2002; 80% ragazze coorte di verifica 2003; 95% dodicenni a partire dalla coorte 2004 Offerta attiva e gratuita della vaccinazione Anti HPV agli adolescenti di sesso maschile nel corso del 12° anno di vita a partire dalla coorte di nascita 2004 | % di vaccinati / popolazione da vaccinare | 10 |
| 2 | Esprimere il parere unico per i nuovi insediamenti produttivi entro 30 giorni e per la singola pratica rispettare il limite di 40 gg con scostamento del 5%. | Produrre copia del registro che evidenzia tale adempimento nei termini indicati | 5 |
| 3 | Rilascio del parere per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 5, comma 1, lettera a), punto 2 e lettera b), punto 1.2 della L.R. n° 8/2004. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzia tale adempimento. | N° richieste evase / N° richieste pervenute = 100% | 5 |
| 4 | Autorizzazione 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% | 5 |
| 5 | Informatizzazione dei dati vaccinali della popolazione residente nell'ASL. Garantire in tutte le sedi vaccinali la corretta gestione dell'attività vaccinale tramite l'utilizzo del software, fornire adeguata assistenza nelle sedi periferiche per eventuali problemi legati all'utilizzo del software; rendere operativo nelle sedi distrettuali il programma di chiamata attiva. | Elaborazione di dati statistici informatizzati per l'attività vaccinale (organizzare incontri di formazione con gli operatori che ancora non utilizzano il software). | 5 |
| 6 | 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 per verificare il possesso dei requisiti L.R. n.8/04 e Regolamento regionale n. 3/2005. | Strutture controllate / numero di strutture da controllare ≥ 35%. Fornire elenco delle strutture da controllare e trimestralmente i controlli eseguiti e la statistica degli esiti. | 5 |
| 7 | Limitare l'incidenza dei casi di legionellosi e migliorare la qualità igienico-sanitarie delle strutture turistico-ricettive. Eseguire ispezioni nelle strutture ricettive, effettuare campionamenti negli impianti idrici e di condizionamento; acquisire la documentazione relativa agli impianti di condizionamento; concordare con i Comuni e con le associazioni interventi di formazione. | Strutture controllate / numero di strutture da controllare ≥ 35% con priorità assoluta sugli alberghi mai verificati. Fornire elenco delle strutture da controllare e trimestralmente i controlli eseguiti e la statistica degli esiti. | 5 |
| 8 | Attivare le verifiche sull'autocontrollo in piscine pubbliche e private a uso pubblico, per garantire la corretta gestione, sotto il profilo igienico-sanitario di tutti gli elementi che concorrono alla sicurezza. | Strutture controllate / numero di strutture da controllare ≥ 35%. Fornire elenco delle strutture da controllare e semestralmente i controlli eseguiti e la statistica degli esiti. | 5 |
| 9 | Proseguire le attività di vigilanza finalizzate al controllo del rischio biologico nei centri di tatuaggio e piercing; verificare alcuni dei centri estetici con maggiore affluenza di pubblico e con prestazioni particolari. | Strutture controllate/numero di strutture da controllare ≥ 30% Fornire elenco delle strutture da controllare e semestralmente i controlli eseguiti e la statistica degli esiti. | 5 |
| 10 | Prevenire e promuovere azioni di miglioramento della qualità degli ambienti scolastici. | 1. interventi di verifica nel 5% delle strutture scolastiche censite dando priorità alle situazioni di maggiore rischio e pericolo 2. Censimento e relativo archivio con predisposizione delle schede sugli edifici scolastici esistenti | 5 |

| 2016 | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|--|---|-------------|
| | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 120 | | | |
| 11 | Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. | Verifica sul livello di informatizzazione raggiunto | 5 |
| 12 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

| 2016 | | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|---|--|-----------------------------|------|
| | | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 120 | | | | |
| | | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Sorvegliare le malattie infettive e gestire le emergenze in modo coordinato e tempestivo. Effettuare le indagini epidemiologiche nei tempi previsti, migliorare tutti i sistemi di sorveglianza, gestire le emergenze pandemia influenzale in maniera coordinata e tempestiva. Applicare tempestivamente, se necessario le misure di profilassi e organizzazione dell'attività H24. | 1) N° notifiche inviate in Regione / N° notifiche pervenute = 1 2) N° di allerta inviati in regione / N° malattie da segnalare come allerta = 1 | 10 | |
| 2 | Proseguimento delle campagne vaccinali e ottimizzazione delle strategie vaccinali rivolte alle persone a rischio aumentato. Garantire il raggiungimento dei livelli di copertura vaccinale previsto dal Piano regionale vaccini. | Relazione conclusiva entro il 31/03 di ogni anno al Controllo di Gestione corredata da statistiche | 10 | |
| 3 | In attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18, e in coordinamento con lo SPESAL, concorrere alla diffusione della promozione di salute negli ambienti di lavoro attraverso un sistema di accreditamento che riconosca e certifichi sul territorio le "Aziende che producono salute". In particolare, il SISP dovrà, nelle aziende individuate dallo stesso, prevenire le malattie infettive e diffondere le vaccinazioni attraverso la diffusione della cartellonistica sulle vaccinazioni nei luoghi di ritrovo aziendali, corso su vaccinazione e prevenzione per i lavoratori; offerta attiva e gratuita dall'azienda di tutte le vaccinazioni e/o altre eventuali proposte dalle singole aziende. | n° Aziende = 3 | 10 | |
| 4 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 5 | |

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

| 2016 | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|---|--|-------|
| 120 | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| CdR | SERVIZIO DI IGIENE degli ALIMENTI - SIAN | | |
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Stilare un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per l'anno successivo | Relazione da presentare entro il 31/07/2016 | 5 |
| 2 | Fornire un elenco (formato excel) suddiviso per comune e settore di attività delle unità aziendali oggetto di possibile intervento; indicare la data di ultima verifica. a) Controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali. b) Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande. c) Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro. d) Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia. e) Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande. f) Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare. g) Verifica qualità delle acque destinate al consumo umano. h) Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande. i) Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi | a) Invio elenco aggiornato entro il 31/07/2016; b) Esiti delle verifiche di controllo su base annua; c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nel 2015 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata (entro il 30/09/2016). semestralmente Verifiche effettuate / Verifiche da effettuare | 20 |
| 3 | Ridurre il rischio di malattie trasmesse dagli alimenti. Incrementare la vigilanza sugli operatori del settore alimentare (OSA) | N° operatori OSA controllati (almeno 400) | 10 |
| 4 | Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati con evasione di tutte le richieste. formativa rivolta agli addetti alla ristorazione collettiva. | Attività 1) Report annuale su attività svolta. Almeno n° 4 corsi / anno | 2) 10 |
| 5 | Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Integrazione per il 2015" (di cui alla Determinazione SPATP n. 220 del 16.06.15): Controlli sugli alimenti e loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti. | Effettuazione dei campioni così come previsto per l'ASL FG dall'appendice 3 a/b dalla Determina Regionale | 10 |
| 6 | Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Integrazione per il 2015" (di cui alla Determinazione SPATP n. 220 del 16.06.15): Controlli sugli Additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari. | Effettuazione delle Verifiche, ispezioni o Audit e Campionamenti così come previsto per l'ASL FG dall'appendice 3 e 4 della Determina Regionale | 10 |
| 7 | Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. | Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software. | 5 |
| 9 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

| 2016 | | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|---|--|--|------|
| | | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 120 | | | | |
| | | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Prevenzione obesità: svolgere programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di campagne di informazione | | Realizzazione di almeno n° 2 campagne per anno. Analisi dei risultati. | 10 |
| 2 | In attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18, e in coordinamento con lo SPESAL, concorrere alla diffusione della promozione di salute negli ambienti di lavoro attraverso un sistema di accreditamento che riconosca e certifichi sul territorio le " <u>Aziende che producono salute</u> ". In particolare, il SIAN dovrà, nelle 3 aziende individuate, diffondere corretti stili di vita e pratiche che promuovono la corretta alimentazione attraverso ad es. l'inserimento obbligatorio di frutta e verdura nei menu di tutti i pasti serviti in azienda (senza pagamenti aggiuntivi e non sostituibili con dolce o altri piatti) e pane a basso contenuto di sale; distributori automatici di alimenti con le seguenti caratteristiche: 1) frutta e /o verdura fresca possibilmente di stagione e pane a basso contenuto di sale e tutte gli altri criteri indicati nel Piano. | | n° Aziende = 3 | 5 |
| 3 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 |

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

| 2016 | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|--|--|------|
| | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 120 | | | |
| CdR | SERVIZIO di PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO - SPESAL | | |
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Stilare un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per gli anni successivi | Relazione da presentare entro il 31/07/2016 | 10 |
| 2 | Rilevazione nell'applicazione e nell'erogazione dei LEA secondo il seguente schema regionale e rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità di Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del trimestre: | Report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti. | 50 |
| | <p>Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) N° cantieri notificati (art.99 D.Lgs81/08) 2) N° complessivo di cantieri ispezionati 2.1) di cui non a norma al 1° sopralluogo 3) N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione 4) N° sopralluoghi complessivamente effettuati 5) N° totale verbali 6) N° totale verbali con prescrizioni 758, sanzioni amministrative, ecc... 7) N° violazioni 8) N° sequestri 9) N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs 81/08 10) N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto e N° notifiche <p>Attività di igiene industriale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale 2) N° campionamenti effettuati 3) N° misurazioni effettuate <p>Inchieste infortuni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) N° inchieste infortuni concluse 2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento <p>Inchieste malattie professionali</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Inchieste malattie professionali concluse 2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento <p>Pareri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) N° pareri 2) N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione dei pareri <p>Attività sanitaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) N° visite effettuate dallo SPESAL per apprendisti e minori 2) Numero di altre visite effettuate dallo SPESAL di propria iniziativa o su richiesta 3) N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie 4) N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente | | |

| 2016 | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|---|--|--|-------------|
| | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 120 | <p>Attività di assistenza</p> <p>1) N° interventi di informazioni/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi</p> <p>2) N° sportelli informativi dedicati</p> <p>3) N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc..) con le figure aziendali per la prevenzione</p> <p>Attività di formazione</p> <p>1) N° ore di formazione</p> <p>2) N° persone formate</p> <p>Verifiche periodiche</p> <p>1) N° Aziende</p> <p>2) N° cantieri con verifiche periodiche</p> <p>3) N° verbali ai sensi del D. Lgs 758/94</p> <p>4) Proventi per attività di verifiche peridiche</p> | | |
| 3 | <p>Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.</p> | <p>Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.</p> | 10 |
| 4 | <p>Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> | <p>Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.</p> | 5 |
| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | <p>In attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18, concorrere alla diffusione della promozione di salute negli ambienti di lavoro attraverso un sistema di accreditamento che riconosca e certifichi sul territorio le "<u>Aziende in grado di produrre salute</u>", aziende che avranno lavoratori più sani e più produttivi. In particolare, lo SPESAL dovrà garantire il supporto tecnico-scientifico all'attività di sorveglianza delle attività a livello provinciale, coordinare le attività previste per gli altri Servizi del Dipartimento, diffondere nello specifico pratiche che promuovono l'utilizzo di dispositivi di sicurezza per adulti e di pratiche che promuovono il benessere organizzativo; gestire l'archivio delle aziende che attuano almeno un'azione di buona pratica e nel tempo sviluppare una rete a livello provinciale di aziende che promuovono salute.</p> | <p>n° Aziende = 3</p> | 15 |
| 2 | <p>Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti.</p> | <p>punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO</p> | 10 |
| IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO) | | | |

| 2016 | | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|--|---|-----------------------------|------|
| | | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 120 | | | | |
| CdR | | SIAV AREA A | | |
| | | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Attuazione Ordinanza Ministero della Salute 9 agosto 2012 "Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi, nelle regioni Calabria, Campania, Puglia e Sicilia". Controllo allevamenti per brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina. | N° Allevamenti controllati per TBC / N° totale allevamenti = 100 % | | 10 |
| 2 | Attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame con particolare riferimento alla profilassi della "blue tongue", influenza aviaria, malattia vescicolare dei suini e "west Nile disease" con controllo della movimentazione (compreso transumanza), sorveglianza epidemiologica ed eventuale vaccinazione del bestiame. Predisposizione piani di emergenza di sanità animale (veterinaria). Sorveglianza sanitaria sugli allevamenti di acquacoltura. | Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2015 entro il 31/03/2016 (evoluzione sul 2015). | | 10 |
| 3 | Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN | allevamenti inseriti in BDN completi di georeferenziazione e qualifica sanitaria / totale allevamenti = 100% | | 15 |
| 4 | Fornire un elenco suddiviso per comune e settore di attività delle aziende oggetto di intervento. Indicare la data di ultima verifica | a) Invio elenco aggiornato; b) Pianificazione delle verifiche su base annua; c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nel 2015 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. Entro il 31 luglio 2016. | | 5 |
| 5 | Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina aggiornando puntualmente l'anagrafe canina. Denunce per aggressioni da cani randagi . | cani randagi catturati identificati ed iscritti all'Anagrafe canina Regionale / cani randagi catturati = 100% | | 10 |
| 6 | Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Integrazione per il 2015" (di cui alla Determinazione SPATP n. 220 del 16.06.15): Controlli sugli alimenti e loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti. | Effettuazione dei campioni così come previsto per l'ASL FG dall'appendice 3 a/b dalla Determina Regionale | | 10 |
| 7 | Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Integrazione per il 2015" (di cui alla Determinazione SPATP n. 220 del 16.06.15): Controlli sugli Additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari. | Effettuazione delle Verifiche, ispezioni o Audit e Campionamenti così come previsto per l'ASL FG dall'appendice 5 della Determina Regionale | | 10 |
| 8 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | | 5 |

| 2016 | | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|---|--|-----------------------------|------|
| 120 | | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| | | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 | |
| 2 | Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. | Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software. | 10 | |
| 3 | Monitoraggio sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | comunicazione mensile al CdG (solo in caso di variazioni) | 5 | |

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

| 2016 | | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | |
|------|--|---|---|
| | | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso |
| 120 | | | Peso |
| CdR | | SIAV AREA B | |
| | | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso |
| | | | Peso |
| 1 | Attuazione completa e conforme alle procedure, dei Piani di Campionamento Microbiologico Regionali, con la ricerca dei criteri di sicurezza alimentare - Attività di controllo per Anisakis | | Piano di intervento e rendicontazione delle attività svolte così come previste ed inoltrate alle Regione Puglia |
| | | | 10 |
| 2 | <p>Fornire un elenco degli esercizi alimentari, ristoranti ed altre attività oggetto di intervento suddiviso per comune e settore di attività. Indicare la data di ultima verifica</p> <p>a) Ispezione negli impianti di macellazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> · precisa gestione dell'Anagrafe degli Equidi con controlli della regolarità dell'identificazione e dei passaporti; verifica delle rimozioni dei microchips identificativi e relativa custodia; cura de corretto e puntuale scarico in BDN degli equidi macellati; (valido per l'Area NORD) · precisa gestione dell'Anagrafe dei Bovini con controlli della regolarità dell'identificazione e della documentazione di scorta, secondo le disposizioni del Ministero, emanate a seguito dell'eliminazione dell'obbligo del passaporto; cura del corretto e puntuale scarico in BDN dei bovini macellati; (valido per l'Area SUD) · adempimenti circa l'Anagrafe Ovi-caprina; · regolarità delle registrazioni e dei suini macellati in BDN; · verifica del rispetto delle nuove e più stringenti disposizioni sul benessere e la protezione degli animali durante il trasporto e la macellazione co · categorizzazione degli stabilimento in base al rischio con i conseguenti controlli, verifiche e campionamenti da effettuarsi a scadenze prestabilite; · adeguamento delle modalità di smaltimento dei sottoprodotto alle disposizioni dei nuovi regolamenti CE; · controlli circa le modalità operative (accreditamento di laboratori interni o convenzioni con laboratori esterni) e la puntuale esecuzione della ricerca delle Trichine in ogni capo suino o equino macellato; · controllo microbiologico dei criteri di sicurezza con campionamenti e conseguenti adempimenti tecnici-burocratici. <p>b) Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;</p> <p>c) Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale;</p> <p>d) Disposizioni di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti;</p> <p>e) Valutazione degli esiti analitici ed informazioni dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare;</p> <p>f) Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari;</p> <p>g) Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.</p> | <p>a) Invio elenco aggiornato;</p> <p>b) Pianificazione delle verifiche su base annua; c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nel 2016 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. (entro entro 31/03/17) d) n° macelleria valutate / totale macellerie in attività ≥ 50%</p> <p>report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.</p> | |
| | | | 50 |
| 3 | Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. | | Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software. |
| | | | 10 |

| 2016 | | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|---|---|---|------|
| | | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 120 | 4 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| | | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| | 1 | Miglioramento dell'attività dell'Osservatorio Epidemiologico in seno al Servizio al fine di gestire in maniera omogenea le informazioni sui casi o focolai di malattie infettive e tossinfezioni, le conseguenti indagini epidemiologiche, il monitoraggio continuo con la messa a punto di un programma che riunisca tutte le informazioni provenienti dai diversi ambiti territoriali. Relazione entro il 31/12 di ciascun anno ed aggiornamenti trimestrali | Report trimestrali | 10 |
| | 2 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 |
| | 3 | Monitoraggio sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | comunicazione mensile al CdG (solo in caso di variazioni) | 5 |

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

| 2016 | | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|--|--|---|------|
| | | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 120 | | | | |
| CdR | | SIAV AREA C | | |
| | | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Stilare un bilancio aggiornato sui livelli di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, sulle eventuali azioni da intraprendere ed intraprese. | | Relazione da presentare entro entro il 31/03 | 10 |
| 2 | <p>Fornire un elenco suddiviso per comune e settore attività delle unità aziendali oggetto di possibile intervento. Indicare la data di ultima verifica.</p> <p>a) Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Controllo e registrazione ricette; · Atti di farmaco-sorveglianza:farmacie,depositi all'ingrosso, armadietti farmaceutici, schede compilate; · Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari (100%); · Vidimazione registri medicinali:trattamenti, scorta, carico-scarico, estrogeni tireostatici (100%); · Atti di farmaco-sorveglianza sulle prescrizioni per mangimi medicati e mangimi preparati in azienda; · N° -....prescrizioni per mangimi medicati. <p>b) Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Istanze di registrazione Reg. CE183/05(50%); · Istanze di riconoscimento Reg. CE 183/05. Istruttoria (50%); · Raccolta informazioni su mangimi utilizzati in azienda-schede compilate (50%); <p>c) Controllo e vigilanza sulla produzione animale;</p> <p>d) Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero casearie;</p> <p>e) Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione;</p> <p>f) Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica;</p> <p>g) Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione.</p> | <p>a) Invio elenco aggiornato;</p> <p>b) Pianificazione delle verifiche su base annua;</p> <p>c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nel 2015 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata , entro 31/03</p> <p>report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.</p> | 60 | |
| 3 | Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. | | Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software. | 10 |
| 4 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

| 2016 | | 12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia | | |
|------|--|--|-----------------------------|------|
| | | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 120 | | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | <p>Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti.</p> | <p>punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO</p> | 10 | |
| 2 | <p>Monitoraggio sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo.</p> | <p>comunicazione mensile al CdG (solo in caso di variazioni)</p> | 5 | |

100

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

2016

120

13 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO TERRITORIALE - ASL FG Foggia

CdR

DIREZIONE DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO TERRITORIALE

| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
|----|---|--|------|
| 1 | Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS Monitorare la spesa farmaceutica dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, con segnalazione al Direttore del Distretto di appartenenza di almeno 10 medici che nel mese hanno registrato una spesa farmaceutica superiore alla media aziendale anche al fine di prevedere le azioni di censura previste dall'accordo collettivo nazionale della medicina generale in caso di spesa inappropriata e/o ingiustificata. | Report mensile ai Distretti contenente l'elenco dei MMG e PLS con andamenti prescrittivi anomali (con relativa valorizzazione economica e relativo addebito al medico prescrittore) | 10 |
| 2 | Attuazione linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva, con monitoraggio trimestrale dell'andamento della spesa farmaceutica per ogni linea guida regionale di intervento sull'appropriatezza prescrittiva (dgr) con relazione di accompagnamento sulle iniziative poste in essere per il superamento delle criticità | Report trimestrali su andamento della spesa farmaceutica per ciascuna linea guida regionale (per il calcolo dei risultati intermedi, si terrà conto della proporzione tra n. linee guida di cui si è inviato i report / n. totale linee guida regionali) | 10 |
| 3 | Contenimento della spesa farmaceutica territoriale attraverso: 1) la razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici; 2) la preferenza, a parità di indicazione terapeutica, dell'utilizzo di farmaci equivalenti; 3) la razionalizzazione logistica dei magazzini; 4) controllo dei MMG e PLS di aderenza ai provvedimenti regionali di appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica territoriale. | 4) Riunioni con i MMG, PLS e Specialisti Interni sull'uso di specifici farmaci generici. Almeno n. 4 incontri all'anno. | 10 |
| 4 | Aderenza Piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza prescrittiva | Report semestrale delle verifiche effettuate tra piani terapeutici inseriti e linee guida nazionali e/o regionali. | 10 |
| 5 | Inserimento Piani terapeutici dei pazienti in Edotto | Report di monitoraggio dei medici inadempienti all'inserimento in Edotto del PT e relative azioni poste in essere per risoluzione criticità | 5 |
| 6 | Al fine di monitorare la Spesa Protesica (DM 322/1999), implementazione dell'Area Assistenza Protesica in Edotto con l'inserimento dei dati inerenti le prescrizioni dei dispositivi protesici di cui al DM 332/1999 relativi all'anno 2015, ivi compresi gli aggiuntivi, le riparazioni e/o sostituzioni. | Confronto dei dati inseriti in Edotto sulla Spesa Protesica dell'anno 2015 con i relativi dati di spesa di cui al CE (descrizione conto: Materiale protesico fornitura diretta - ass. prot; Assistenza protesica tramite strutture private) - Scostamento tra Spesa prot. da CE e Spesa prot. Edotto <= 5% | 5 |
| 7 | Rendicontazione trimestrale dei consumi per centro di costo al Controllo di Gestione, da effettuarsi entro il mese successivo al trimestre. | N° 4 Report Trimestrali | 5 |
| 8 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 10 |
| 9 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |
| 10 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa di competenza e sulle voci: straordinario; reperibilità; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

2016

120

13 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO TERRITORIALE - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
|---|---|---|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 3 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 |
| 4 | Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti | 5 |

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

2016

14 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO OSPEDALIERO - ASL FG Foggia

| CdR | | DIREZIONE AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO | |
|-----|--|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
| 1 | Monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera, ai fini del suo contenimento attraverso: § la razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici; § la preferenza, a parità di indicazione terapeutica, dell'utilizzo di farmaci equivalenti; § la razionalizzazione logistica dei magazzini. | Fornire elenchi su cui, a cadenza semestrale, i responsabili dei Reparti/servizi devono relazionare al farmaceutico | 10 |
| 2 | Programmazione centralizzata degli acquisti ospedalieri per farmaci e dispositivi medici. | SI/NO Report dei consumi per singolo plesso ospedaliero e redazione fabbisogno unico aziendale per tipologia di acquisto. | 5 |
| 3 | Razionalizzazione e riduzione della spesa relativa ai prodotti farmaceutici mediante la riorganizzazione logistica. Programmazione annuale e ottimizzazione delle scorte e riduzione dei costi connessi alla perdita di materiale stoccato. | 1) riduzione degli stock del 7-10% 2) Report dei farmaci scaduti al 31/12/2015 (valorizzato) e report dei farmaci scaduti al 31/12/2016 (valorizzato) | 10 |
| 4 | Attuazione linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva, con monitoraggio trimestrale dell'andamento della spesa farmaceutica per ogni linea guida regionale di intervento sull'appropriatezza prescrittiva (dgr) con relazione di accompagnamento sulle iniziative poste in essere per il superamento delle criticità | Report trimestrali su andamento della spesa farmaceutica per ciascuna linea guida regionale (per il calcolo dei risultati intermedi, si terrà conto della proporzione tra n. linee guida di cui si è inviato i report/n. totale linee guida regionali) | 10 |
| 5 | Alimentazione del sistema, dopo adeguata mappatura dei centri di costo a quella aziendale in modo da rendicontare trimestralmente al controllo di gestione. | contabilizzare tutte le operazioni di carico e scarico in procedura entro il 10 del mese successivo alla chiusura del trimestre | 5 |
| 6 | Rendicontazione trimestrale dei consumi per centri di costo. | report a tutti i reparti e servizi interessati a cadenza trimestrale | 5 |
| 7 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 8 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 30 giorni dalla data di registrazione fattura. | 10 |
| 9 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |

2016

14 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO OSPEDALIERO - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
|---|---|---|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche, la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | Attivazione della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle strutture sanitarie di afferenza | SI/NO: avvio del I ciclo sul P.O. di Cerignola (a condizione che vengano ampliati gli spazi della farmacia) | 10 |
| 3 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 |
| 4 | Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti | 5 |

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

2016

15 - DIPARTIMENTO EMERGENZA / URGENZA - ASL FG Foggia

120

CdR

DIREZIONE DIPARTIMENTO EMERGENZA / URGENZA

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatore/risultato atteso

Peso

| | | | |
|---|--|---|----|
| 1 | Predisporre, entro il 30 marzo di ciascun esercizio, una relazione che evidenzi l'attività svolta da ciascuna postazione della rete nell'esercizio precedente, raggruppando gli interventi per codice e nel caso, luogo di ricovero del paziente. | N° 1 report annuale | 10 |
| 2 | Fornire, per postazione, con frequenza trimestrale, il rendiconto delle attività erogate suddiviso per tipologia di intervento e luogo di ricovero del paziente | N° 4 Report trimestrali | 5 |
| 3 | Predisporre il Piano dell'emergenza del periodo estivo | SI/NO entro il 15.05.16 | 20 |
| 4 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa sulle voci: straordinario; reperibilità; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 5 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |
| 6 | Rendiconto degli interventi con elisoccorso: trasporto di pazienti non appartenenti all'ASL suddiviso per ASL competente ai fini della richiesta di Mobilità attiva. | N° 2 Report semestrali | 15 |
| 7 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 10 |

2016

120

15 - DIPARTIMENTO EMERGENZA / URGENZA - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
|---|---|---|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 10 |
| 2 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 5 |
| 3 | Rendere pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti | 10 |

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

2016

16 - Servizio RADIODIAGNOSTICA TERRITORIALE - ASL FG Foggia

120

CdR

DIREZIONE

| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
|---|--|---|------|
| 1 | Risposta a tutta la domanda di prestazioni di Radiologia nei termini convenzionali | | 15 |
| 2 | Aumento produttività | Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (10%) | 15 |
| 3 | Equilibrio economico : Ricavi /Costi \geq 90% | Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: costo personale, consumi di beni sanitari e non sanitari, costi per prestazioni da altri reparti e servizi, una quota di costi generali pari al 20% dei costi complessivi precedentemente detti. | 10 |
| 4 | Incremento performance dei Servizi. Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC) con la garanzia di una media di 16 prestazioni per turno di 6 ore per singola macchina, in orario istituzionale. | Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine con la garanzia di una media di 16 prestazioni per turno di 6 ore per singola macchina, in orario istituzionale. | 15 |
| 5 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità, indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 10 |
| 6 | Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le attività prestate ai reparti. Per le attività verso pazienti ambulatoriali si farà riferimento alle rilevazioni inserite nel sistema CUP - Cassa ticket. | Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care) | 10 |

2016

16 - Servizio RADIODIAGNOSTICA TERRITORIALE - ASL FG Foggia

120

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
|---|--|---|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 10 |
| 2 | Concorre all'introduzione sistema RIS - PACS | SI/NO in contraddittorio con il SIA | 10 |
| 3 | Proporre un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget / n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali | Poposta entro il 30.08.16 | 5 |

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

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| CdR | AREA GESTIONE RISORSE UMANE | | |
|-----|--|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Rideterminazione dotazione organica in grado di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza | SI/NO: entro 3 mesi dall'adozione dell'Atto Aziendale | 10 |
| 2 | Rispetto blocco totale del turn-over, fatte salve eventuali deroghe da parte della Giunta Regionale, così come previsto dalla normativa vigente. | SI/NO | 5 |
| 3 | Rideterminazione e Gestione dei fondi contrattuali aziendali previsti dai CCNL entro i limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale vigente. | SI/NO | 5 |
| 4 | Concorrere al completamento e pieno funzionamento delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definiti nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. | Relazione GPI sul livello di utilizzo del sistema | 10 |
| 5 | Adeguamento alla programmazione regionale vigente in materia di parametri standard per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali) aziendali. | Atto di rideterminazione delle SC, SSD, SS, PO e Coordinamenti rispettosi dei parametri stabiliti dalla Regione | 5 |
| 6 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 5 |
| 7 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 8 | Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento dei budget assegnati alle singole strutture sulle voci: straordinario; indennità di missione; reperibilità. | Segnalazione alle strutture degli scostamenti riscontrati tenendo conto anche della proiezione annuale. | 10 |

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
|---|---|--|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ..); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | Attivare uno "sportello di ascolto", in collaborazione con la Struttura Burocratico legale e previo accordo con le OO.SS., al fine di ridurre l'elevato contenzioso tra il personale e l'Azienda | 1) definizione di una proposta entro il 30.09 da validarsi con la direzione generale 2) attivazione e report della prima casistica esaminata entro il 31.12 | 5 |
| 3 | Sottoscrizione accordi contrattuali e relativa trasmissione al competente Servizio Regionale, in conformità allo schema - tipo contrattuale approvato - per singole tipologie di strutture - con DD.GG.RR. 1791/2014, 1792/2014, 1793/2014, 1794/2014, 1795/2014, 1796/2014, 1797/2014, 1798/2014 con riduzione del 2% dei tetti di spesa aziendali rispetto all'imponibile anno 2011 in adeguamento alla Legge 135/2012, nonché delle ulteriori decurtazioni previste dalla DGR 1304/2013 e tenuto conto di quanto stabilito dall'art. 7, comma 4 del D.L. n. 192 del 2014 convertito in legge 11/2015 | SI/NO | 5 |
| 4 | Corretta applicazione dei criteri fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009 e n. 1550/2010 che prevedono per case di cura, specialistica, ambulatoriale una correlazione tra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato | Determinazione fabbisogno aziendale per tipologia di prestazioni, con espressa indicazione negli accordi contrattuali della tipologia e del volume delle prestazioni da acquistare (SI/NO) | 5 |
| 5 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento sui conti che confluiscono nel budget assegnato (convenzioni) e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatori di tempestività dei pagamenti: 1. emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura per la parte dei rapporti a convenzione per i quali il pagamento è a presentazione fattura ; 2. per le case di cura private accreditate, adeguamento alle disposizioni regionali | 10 |
| 6 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti; e) inserire negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017 e del codice di comportamento e | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO punto e) SI/NO | 5 |
| 7 | Predisposizione delle procedure amministrative del "Ciclo del Personale" in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio), così come aggiornato con DDG n. 155 del 17.02.16 | Produzione atto: "procedure amministrative in linea con gli obiettivi previsti nella specifica sezione del PAC". | 5 |
| 8 | Osservanza della disciplina sulla trasparenza: Tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi devono essere resi pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti | 5 |

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

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| CdR | AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE | | |
|-----|--|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Concorrere con il Controllo di Gestione al completamento del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità. | SI/NO | 5 |
| 2 | Consolidare entro il 31 dicembre c.a. unitamente all'Area Gestione Patrimonio la procedura per alimentare il sistema di inventario dei beni mobili di proprietà. | Attuazione a regime della procedura | 5 |
| 3 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 4 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: eseguire l'ordine di pagamento entro n. 20 giorni dalla data di ricezione del provvedimento. | 10 |
| 5 | Monitoraggio situazione debitoria per macrostruttura | 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 (da consolidare entro il 2016) | 5 |
| 6 | Registrazione fatture entro 15 gg lavorativi dal ricevimento | Media (Data registrazione fattura - Data ricevimento) | 10 |
| 7 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 5 |
| 8 | Adeguare la Nota Integrativa del Bilancio di Esercizio con l'inserimento delle voci legate all'ALPI. | SI/NO | 5 |

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
|---|---|---|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ..); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 10 |
| 2 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 |
| 3 | Tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi devono essere resi pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti | 10 |
| 4 | Predisposizione, aggiornamento e attuazione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio) così come aggiornato con DDG n. 155 del 17.02.16. | predisposizione = SI/NO aggiornamento = SI/NO attuazione = SI/NO | 10 |
| 5 | Attuazione di una corretta e verificabile 'sterilizzazione' associando in contabilità ciascun cespite con la relativa fonte di finanziamento. | 100% | 10 |

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

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| CdR | AREA GESTIONE TECNICA | | |
|-----|--|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente, le ASL per tutte le categorie di beni e servizi nonchè per le soglie individuate entro il 31 dicembre di ogni anno con apposito DPCM, ricorrono a Consip SPA e agli altri Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure di acquisto. Per tutte le altre le ASL sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni-quadro stipulate da Consip SPA. | 1) Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2016) / Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2015) 2) Mappatura degli acquisti effettuati con relativa procedura di gara seguita | 5 |
| 2 | Capitalizzazione dei costi di manutenzione straordinaria siano essi in amministrazione diretta o affidati. | rendiconto entro il 30 giugno 2016 dei lavori in corso; entro il 30 luglio 2016 formazione della procedura; entro il 31 gennaio 2017 rendiconto delle commesse chiuse e delle commesse aperte. | 5 |
| 3 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; reperibilità; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 4 | Avanzamento del Piano Pluriennale degli Investimenti per Interventi infrastrutturali a valere sui fondi POR 2014-2020 e con altri finanziamenti esterni alla ASL. | Predisposizione su ciascun finanziamento del quadro economico di attuazione. Entro il 30 luglio 2016 rendiconto dei programmi; relazione semestrale sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato | 10 |
| 5 | Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti | 100% | 5 |
| 6 | Predisposizione del programma per la gestione della sicurezza degli impianti elettrici, tecnologici e meccanici. | SI/NO | 5 |
| 7 | U.O. "Elettromedicali": Aggiornamento dell'inventario delle apparecchiature elettromedicali e delle relative documentazioni tecniche (fascicoli apparecchiature) e predisposizione del programma per la gestione della relativa sicurezza | 100% di completamento inventario e riordino documentazioni per macrostruttura SI/NO | 5 |
| 8 | Regolarizzazione degli Adempimenti ICI - IMU | Definizione della situazione al 30 maggio 2016 N ° Regolarizzazioni effettuate | 5 |
| 9 | Gestione del Patrimonio Immobiliare: 1) Monitoraggio e censimento delle strutture - Inventariazione dei Beni Immobili tra disponibili ed indisponibili 2) Produzione di un regolamento per l'utilizzo del patrimonio divenuto negli anni disponibile | punto 1) : Inventario degli immobili da reddito anche ai fini del popolamento del Libro Cespiti punto 2) : SI/NO | 5 |
| 10 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |
| 11 | Ampliare gli spazi destinati alla farmacia nel PO di Cerignola per consentire l'avvio della distribuzione diretta dei farmaci e protesi ortopediche | SI/NO | 5 |

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
|---|---|--|------|
| 1 | Consolidamento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 5 |
| 2 | Attualizzazione dei crediti verso la Regione Puglia relativi ai fondi comunitari e agli investimenti ex art. 20 L. 67/1988 | entro il 30 luglio 2016 rendiconto dei programmi sottoscritti per l'utilizzo dei fondi comunitari e per gli investimenti es art. 20 L. 67/1988; relazione semestrale sullo stato di attuazione dei singoli interventi da consegnare entro il mese successivo alla chiusura del semestre. | 5 |
| 2 | Adozione del Piano triennale per la verifica dei requisiti ai fini dell'accreditamento istituzionale ed esecuzione dello stesso entro i tempi e modi stabiliti | Predisposizione Piano entro i tempi e i modi stabiliti. Relazione semestrale che evidenzia lo stato di attuazione. | 10 |
| 3 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 5 |
| 4 | Tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi devono essere resi pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti | 5 |
| 5 | Attuazione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio) così come aggiornato con DDG n. 155 del 17.02.16. | Attuazione e predisposizione delle procedure amministrative in linea con gli obiettivi previsti nella specifica sezione del PAC. | 5 |

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

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| CdR | | AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO | |
|-----|--|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente, le ASL per tutte le categorie di beni e servizi nonchè per le soglie individuate entro il 31 dicembre di ogni anno con apposito DPCM, ricorrono a Consip SPA e agli altri Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure di acquisto. Per tutte le altre le ASL sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni-quadro stipulate da Consip SPA. | 1) Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2016) / Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2015) 2) Mappatura degli acquisti effettuati con relativa procedura di gara seguita | 10 |
| 2 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 10 |
| 3 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 5 |
| 4 | Predisposizione e Attuazione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio) così come aggiornato con DDG n. 155 del 17.02.16. | Predisposizione delle procedure amministrative in linea con gli obiettivi previsti nella specifica sezione del PAC = SI/NO Attuazione delle procedure amministrative in linea con gli obiettivi previsti nella specifica sezione del PAC = SI/NO | 10 |
| 5 | Inventario degli immobili da reddito (fitti attivi) in collaborazione con l'Area Tecnica. | SI/NO | 10 |
| 6 | Definizione del capitolato e disciplinare di gara relativo alla gara "Smaltimento Rifiuti" di cui l'Asl FG è capofila, ai sensi della DGR n. 2256/2015, così come previsto dalla DGR n. 73 del 09/02/2016. | SI/NO | 10 |
| 7 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/ risultato atteso | peso |
|---|---|---|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità di Vigilanza sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ..); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 10 |
| 2 | Consolidare, entro il 31 dicembre c.a., unitamente all'Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie una procedura condivisa per alimentare il sistema di inventario dei beni mobili di proprietà. | Attuazione a regime della procedura | 5 |
| 3 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 |
| 4 | Tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi devono essere resi pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti (da individuare) | 10 |

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

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| CdR | AREA COORDINAMENTO DEI SERVIZI SOCIO SANITARI | | |
|-----|--|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Dare attuazione alle linee di indirizzo nazionale, regionale ed aziendale finalizzate all'integrazione socio-sanitaria ed assicurare la partecipazione agli Organismi istituzionali previsti per la realizzazione del sistema locale integrato di interventi e servizi socio-sanitari | SI/NO (relazione) | 10 |
| 2 | Curare la gestione dei rapporti convenzionali con gli Enti Locali e le strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie | Rendicontazione delle attività anche ispettive eseguite durante l'anno | 10 |
| 3 | Curare il monitoraggio delle attività socio-sanitarie svolte dalla ASL FG e dalle altre Istituzioni, pubbliche e/o private accreditate che operano sul territorio, 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, così come previsto dalla Delibera DG n. 952 del 18/12/15 | Rendicontazione delle attività anche ispettive eseguite durante l'anno | 10 |
| 4 | Verificare, controllare, liquidare e rendicontare le attività svolte presso le strutture territoriali presenti ed operanti nella ASL FG (RSSA-RSA-UDT, ecc.) | Rendicontazione semestrale nell'ambito del proprio budget | 10 |
| 5 | Predisporre gli atti - Accordi di Programma, convenzioni - necessari per la integrazione istituzionale e funzionale dei vari enti interessati (Azienda U.S.L., Comuni, Enti Territoriali) | Rendicontazione circa gli accordi contattuali definiti | 10 |
| 6 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 7 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |
| 8 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 5 |

2016

17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
|---|---|--|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ..); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni (Flussi FAR) dovranno trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | Perseguire, sul piano istituzionale, gestionale e professionale, l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio-assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, Onlus, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed associazioni di promozione sociale operanti sul territorio, ovvero gestiti direttamente dalla ASL FG su delega degli Enti Locali | SI/NO (relazione) | 5 |
| 3 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2016, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 |
| 4 | Tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi devono essere resi pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. | Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti | 10 |

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

2016

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | S.C. BUROCRATICO LEGALE | | |
|-----|---|--|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Corretto rispetto dei termini di prescrizione/decadenza nelle procedure. | produzione di un inventario delle procedure in corso | 10 |
| 2 | Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione per ciascuna procedura: a) Legale incaricato; b) stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali); c) fase del contenzioso; d) altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione. | Inventario aggiornato | 10 |
| 3 | Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione per ciascuna procedura: a) Legale incaricato; b) stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali); c) eventuale copertura del danno nel caso di assicurazioni; d) fase del contenzioso; e) altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione. | Inventario aggiornato | 10 |
| 4 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 5 | Ricognizione del contenzioso aziendale al fine di una corretta valutazione del fondo rischi aziendale | Relazione semestrale da inviare al CdG e AGRF | 5 |
| 6 | Aumento delle cause concluse con sentenza favorevole per l'amministrazione | numero sentenze favorevoli / sentenze non favorevoli | 3 |
| 7 | Monitorare l'attività amministrativa presupposta al contenzioso insorto | Monitorare nell'inventario delle procedure in corso l'attività amministrativa svolta dalle strutture aziendali presupposta e necessaria per il contenzioso in atto (richieste effettuate, riscontri ricevuti, grado di adeguatezza del riscontro, ...) | 7 |
| 8 | Riduzione delle cause affidate all'esterno | numero cause affidate all'esterno / Numero cause totali | 5 |
| 9 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 5 |
| 10 | Attuazione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio) così come aggiornato con DDG n. 155 del 17.02.16. | Produzione atto: "procedure amministrative in linea con gli obiettivi previsti nella specifica sezione del PAC". | 10 |

2016 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
|---|---|--|------|
| 1 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emissione del provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 10 |
| 2 | Dematerializzazione e archiviazione ottica | Predisporre un documento di fattibilità di informatizzazione dell'archivio legale relativo alle procedure aperte, in tutte le sue dimensioni (umane, organizzative e tecnologiche) | 10 |
| 3 | Attivazione di uno sportello di ascolto, in collaborazione con l'Area Gestione del Personale e previo accordo con le OO.SS., al fine di ridurre l'elevato contenzioso tra il personale e l'Azienda. Ricognizione del contenzioso esistente tra il personale interno e l'Azienda e individuazione delle risoluzioni possibili. | 1) definizione di una proposta entro il 30.09 da validarsi con la direzione generale 2) attivazione e report della prima casistica esaminata entro il 31.12 | 10 |

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

2016
18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | S.C. CONTROLLO DI GESTIONE E SIA | | |
|-----|--|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Monitoraggio sullo stato di avanzamento del Budget e sul conseguimento degli obiettivi negoziati con le strutture aziendali. | n° 2 report semestrali | 10 |
| 2 | Analisi dei costi e dei ricavi per centro di costo/responsabilità. | n° 2 report semestrali | 10 |
| 3 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 4 | Nuovo Piano dei Centri di Costo | Predisposizione del nuovo Piano dei Centri di Costo entro 3 mesi dall'adozione dell'Atto Aziendale. | 10 |
| 5 | Potenziamento delle infrastrutture di rete dati-fonia sul resto dell'ASL per consentire anche l'uso in futuro di collegamenti in audio-video | Completamento e miglioramento | 5 |
| 6 | Estensione/integrazione dell'infrastrutture di rete necessaria per le nuove sedi. | revisioni a seguito delle dismissioni e attivazioni di varie UU.OO. | 5 |
| 7 | Implementazione dell'Area Assistenza Protesica in Edotto con l'inserimento dei dati inerenti le prescrizioni dei dispositivi protesici di cui al DM 332/1999 relativi all'anno 2015, ivi compresi gli aggiuntivi, le riparazioni e/o sostituzioni, al fine di monitorare la Spesa Protesica (DM 322/1999). | SI/NO | 5 |
| 8 | Dotare gli sportelli CUP di POS | 100% degli sportelli Cup | 5 |
| 9 | Creazione di una scheda tecnica che permetta di associare in contabilità ciascun cespite con la relativa fonte di finanziamento, ai fini di una corretta e verificabile determinazione delle sterilizzazioni. | SI/NO | 5 |
| 10 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 5 |
| 11 | Abilitazione per tutti i dirigenti della funzione Pec presente in Folium e formazione all'uso della stessa | abilitazione: 100% formazione: svolgimento di almeno 1 incontro formativo | 5 |

2016 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | Peso |
|---|--|---|------|
| 1 | Concorre con la Direzione Strategica alla definizione e negoziazione degli obiettivi. | elaborazione Obiettivi specifici di attività 2016 e relative schede | 10 |
| 2 | Potenziamento della dotazione tecnico-informatica al fine del passaggio alla ricetta dematerializzata anche per le prestazioni specialistiche. | Attivazione dell'85% delle postazioni | 10 |
| 3 | Integrazioni dei sistemi Informativi aziendali con il sistema regionale Edotto | Completamento del sistema di cooperazione con la procedura Edotto | 5 |
| 4 | Organizzare, in collaborazione con la Struttura Formazione, incontri di formazione ai medici per il passaggio alla ricetta dematerializzata | N° incontri : n° 1 incontro per DSS | 5 |

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

2016 18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | | S.C. STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA | |
|-----|--|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Analisi demografica della popolazione dell'ASL /FG. Aggiornamento. | aggiornamento annuale | 10 |
| 2 | Epidemiologia oncologica. Aggiornamento | aggiornamento annuale | 10 |
| 3 | Analisi dello stato di salute della popolazione dell'Asl Foggia. Aggiornamento | aggiornamento annuale | 10 |
| 4 | Studio di incidenza dell'infarto acuto del miocardio. Aggiornamento. | aggiornamento annuale | 5 |
| 5 | Analisi delle cause di ospedalizzazione della popolazione dell'Asl Foggia. Aggiornamento | aggiornamento annuale | 10 |
| 6 | Analisi epidemiologica delle principali patologie prevalenti nella popolazione dell'Asl Foggia. Aggiornamento | aggiornamento annuale | 10 |
| 7 | Analisi di attività delle Strutture di ricovero dei PO dell'ASL Foggia. Degli OO.RR: di Foggia, dell'IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza e delle Case di Cura private accreditate. | Predisposizione di sintetici report semestrali | 10 |
| 8 | Formulazione di protocolli operativi (o incontri) con le Direzioni dei Distretti, con le Direzioni Mediche ospedaliere, con le Direzioni dei Dipartimenti e delle Aree Aziendali al fine di ottimizzare la raccolta dei dati necessari per la formulazione dei modelli informativi ministeriali | Relazione sulle attività svolte. | 5 |
| 9 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 10 | Garanzia dell'operatività del Registro Tumori | Relazione sulle attività svolte sulla base della DGR n. 1197 del 1 luglio 2013. | 10 |

2016

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
|---|---|--|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ..); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | Nella qualità di responsabile aziendale degli adempimenti relativi alla gestione dei flussi, esercita l'azione di monitoraggio e sollecita le strutture ritardatarie relativamente ai singoli adempimenti, affinché forniscano i dati e le informazioni che dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 | 5 |
| 2 | Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio | Verifica ed inserimento in NSIS secondo le scadenze | 10 |

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

2016 18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | S. S. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE | | |
|-----|--|---|-------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Aggiornamento del Piano Attuativo Locale (PAL) | SI/NO | 10 |
| 2 | Individuazione dei Progetti definiti nell'ambito Nazionale, Regionale, Aziendale suddivisi per Livello di assistenza (Prevenzione, Territorio, Ospedalità), relazione con il PSR e/o altri atti e documenti di programmazione, indicazione del timing sul piano triennale. | Predisposizione atto e monitoraggio permanente sullo stato di attuazione dei: Programmi realizzati/totale Programmi | 10 |
| 3 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |
| 4 | Definizione di Linee guida aziendali sulla Mobilità Sanitaria Internazionale | SI/NO | 5 |
| 5 | Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) | a) Monitoraggio semestrale b) Realizzazione della giornata della trasparenza attività di formazione | c) 20 |
| 6 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 5 |

2016
18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
|---|---|---|------|
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ..); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | Gestione e regolamentazione della segreteria generale, amministrativa e sanitaria, del protocollo generale e archivio | Predisposizione regolamenti di funzionamento | 10 |
| 3 | Regolamentazione dell'Accesso agli atti (laddove non raggiunto nel 2015) | Predisposizione regolamento | 10 |
| 4 | Regolamentazione Accesso Civico (laddove non raggiunto nel 2015) | Predisposizione regolamento | 10 |
| 5 | Regolamentazione Procedimenti amministrativi (laddove non raggiunto nel 2015) | Predisposizione regolamento | 10 |

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

2016
18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | | S.S. FORMAZIONE | | |
|-----|--|------------------------|--|------|
| | | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Rilevazione per Macrostruttura dei fabbisogni formativi e predisposizione dell'analisi annuale dei bisogni formativi dell'Azienda (PAF annuale) | | predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo | 15 |
| 2 | Monitoraggio e valutazione dei risultati. | | Relazione annuale | 10 |
| 3 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | | 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. | 5 |
| 4 | Predisposizione, in collaborazione con le Commissioni Paritetiche per la formazione e l'aggiornamento dei MMG e PLS, di un apposito regolamento sulle attività formative da svolgersi per i MMG, gli Specialisti Territoriali ed Ospedalieri utilizzando le varie possibilità contrattuali (formazione obbligatoria, formazione ECM). | | SI/NO: entro il 30.07.16 | 10 |
| 5 | Organizzazione, in accordo con il RPC e l'Area Gestione del Personale, di attività Formazione e aggiornamento professionale sull'anticorruzione e sulla trasparenza amministrativa. | | SI/NO | 10 |
| 6 | Far pervenire al termine di ogni attività formativa finanziata, una relazione completa sui lavori svolti, all'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità ed una dettagliata rendicontazione delle spese sostenute. | | Inventario delle attività formative finanziate e rendicontazione delle spese sostenute | 10 |
| 7 | Informatizzazione degli ordini | | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |
| 8 | Realizzazione del Piano di accoglienza predisposto dall'URP che preveda la formazione di personale interno per accoglienza e accompagnamento dell'utenza agli sportelli CUP | | SI/NO | 10 |

2016

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
|---|---|---|------|
| 1 | Soddisfacimento delle richieste tirocini gratuiti e stage in Azienda | 100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa | 5 |
| 2 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 10 |
| 3 | Monitoraggio sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ...); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | comunicazione mensile al CdG (solo in caso di variazioni) | 5 |

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

2016
18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | S.S. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO | | |
|-----|--|---|------|
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Analisi sulla natura dei reclami pervenuti e invito ai servizi competenti ad adottare le opportune misure atte a superare le criticità riscontrate, riscontrando, di concerto con i servizi interessati, tempi e risposte alle richieste pervenute così come stabilito nel "Regolamento di Pubblica Tutela". | analisi trimestrale al controllo di gestione | 10 |
| 2 | Campagna Informativa sul Contact Center estendendo alle sedi delle Farmacie e Parafarmacie del territorio provinciale | SI/NO | 10 |
| 3 | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). | Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. | 10 |
| 4 | Attivazione di un sistema di Customer Satisfaction Management | SI/NO | 15 |
| 5 | Informatizzazione degli ordini | ordini informatizzati / totale ordini = 100% | 10 |
| 6 | Gestione del Budget assegnato con Deliberazione Aziendale n. 247 del 11.03.16 sui programmi di spesa ed in particolare sulle voci: straordinario; indennità di missione. 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 5 |

2016 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
|---|---|--|------|
| 1 | Promozione e gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il portale della Salute. | Ridefinizione del processo | 10 |
| 2 | Predisposizione di adeguati strumenti di comunicazione interna e/o esterna sull'organizzazione dei Servizi Aziendali, sulle prestazioni offerte e sulle modalità di accesso, promuove campagne di informazione sulle prestazioni ed attività aziendali, sulle iniziative e sui progetti di intervento, aggiorna, digitalizza e divulga le Carte dei servizi, le Guide all'uso dei servizi e relativa digitalizzazione. | aggiornamento carta/e dei servizi in attuazione delle linee guida regionali in materia | 10 |
| 3 | Ai fini dell'applicazione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (ai sensi dell'art. 41 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" del D.lgs n. 33/2013), provvedere alla pubblicazione: a. delle prestazioni professionali svolte in regime intramurario b. in una apposita sezione denominata "Liste di attesa", i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata. | Pubblicazione dei report | 5 |
| 4 | Piano della Comunicazione istituzionale | Aggiornamento annuale | 5 |
| 5 | Predisposizione di un Piano di accoglienza che preveda la formazione, in collaborazione con la struttura Formazione, di personale interno ed esterno per accoglienza e accompagnamento dell'utenza agli sportelli CUP | SI/NO | 10 |
| 6 | Rivisitazione regolamento del Comitato Consultivo | SI/NO | |

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

| 2016 | | | |
|---|---|---|------|
| 18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia | | | |
| CdR | S.S. UVARP | | |
| | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | appropriatezza cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera privata) R.O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali | a) 100% dei ricoveri "ad alto rischio di inappropriatelyzza" dando priorità a: DH medici, parti cesarei, ipertensione, diabete, intervento di liberazione tunnel carpale e fratture di femore in pazienti con età > 65 anni; b) controlli analitici casuali significativi delle cartelle cliniche totali (30%) | 15 |
| 2 | appropriatezza cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera diretta) R.O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali | numero sdo verificate/numero sdo pervenute (5%) | 15 |
| 3 | appropriatezza cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera riabilitativa post-acuzie privata) RIAB. COD. 56 | numero sdo verificate/numero sdo pervenute (20%) | 15 |
| 4 | Riabilitazione ex art.25 L.833/1978: appropriatezza prescrittiva | numero prescrizione verificate/totale prescrizioni (20%) | 15 |
| 5 | Gestione del Budget assegnato sulle voci: straordinario; indennità di missione. Monitoraggio 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. | Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget. | 10 |
| | OBIETTIVI QUALITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, .); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 10 |
| 2 | Formazione operatori ASL addetti alla compilazione della SDO | Almeno due corsi per anno | 10 |
| 3 | Concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 del 08/02/16). In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. | punto a) SI/NO punto b) SI/NO punto c) SI/NO punto d) SI/NO | 10 |

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

2016 18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| Attività Libero Professionale Intramoenia | | | |
|--|---|---|-------------|
| CdR | OBIETTIVI QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Adozione di un sistema di monitoraggio delle prestazioni in ALPI | SI/NO: Sistema di monitoraggio | 15 |
| 2 | Controllo dei volumi e dei temi delle prestazioni in ALPI | Report trimestrali di monitoraggio del volume e tempi di erogazione delle prestazioni ALPI rispetto a quelle istituzionali per ciascun operatore - invio trimestrale alla Regione | 20 |
| 3 | Attivazione di contabilità separata per l'ALPI | SI/NO: Contabilità separata (da allegare al Bilancio Annuale) | 10 |
| 4 | Tariffario delle prestazioni in ALPI con evidenza della congruità della quota della tariffa a favore dell'Azienda per la copertura dei costi diretti ed indiretti, come derivati dai conti della contabilità separata. | SI/NO: Tariffario delle prestazioni in ALPI (da adottare con delibera del DG) | 20 |
| 5 | Svolgimento ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'ALPI di cui all'art. 2, com. 1, lett b) della L. 189/12 | SI/NO | 10 |
| 6 | Verificare le agende di libera professione al fine di accertare che il prezzo delle prestazioni sia sempre superiore a quello istituzionale | SI/NO | 5 |
| OBIETTIVI QUALITATIVI | | | |
| | | Indicatori/Risultato atteso | peso |
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, ..); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | 5 |
| 2 | 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. (quelli aziendali) | SI/NO | 5 |
| 3 | Adozione del nuovo Regolamento di libera professione alla luce delle nuove Linee Guida Regionali | SI/NO: Produzione atto | 10 |

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

2016 18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | | | | MONITORAGGIO SPESA SANITARIA | | | |
|------------------------|--|---|----|------------------------------|--|--|--|
| OBIETTIVI QUANTITATIVI | | Indicatore/risultato atteso | | peso | | | |
| 1 | Supporto tecnico all'Azienda per la pubblicazione dei tempi di attesa ai sensi del d.lgs. 33/2013 | 1) attività informativa: circolari interne, mail, incontri 2) invio report semestrale all'URP per pubblicazione Relazione semestrale all Direzioni Strategiche | 3) | 15 | | | |
| 2 | Monitoraggio dei Tempi di Attesa | Invio mensile dei flussi di prestazioni ex ante ed ex post alla Regione tramite Innovapuglia | | 20 | | | |
| 3 | Monitoraggio dell'utilizzo delle classi di priorità da parte dei medici prescrittori | n° 4 Report trimestrali | | 15 | | | |
| 4 | Organizzazione in collaborazione con il SIA incontri di informazione/formazione ai medici per il passaggio alla ricetta dematerializzata | N° incontri : n° 1 incontro per DSS (verbalizzato) | | 15 | | | |
| 5 | Gestione, assistenza e consegna firme digitali per ricetta dematerializzata ai medici prescrittori (MMGG, Pediatri, Specialisti e Dipendenti) | Adempimento entro 10 giorni dalla richiesta | | 5 | | | |
| 6 | Flussi art. 50 L. 326/13 a) file prestazioni ex post al Ministero Economia e Finanze b) flusso anagrafe sanitaria cittadini, STP, esenzioni patologia al MEF c) flusso variazioni anagrafe Farmacie e Strutture accreditate al MEF d) flusso variazioni medici prescrittori e ricettari consegnati al MEF | Invio mensile | | 10 | | | |
| 7 | Flussi ex post A (poliambulatori) e H (ambulatori ospedalieri) alla Regione tramite sistema Edotto | invio mensile | | 10 | | | |
| 8 | Concorrere al pieno funzionamento delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. | SI/NO | | 5 | | | |
| OBIETTIVI QUALITATIVI | | Indicatori/Risultato atteso | | peso | | | |
| 1 | Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. Nel debito informativo verso l'Azienda è da includersi, anche la comunicazione mensile al CdG sulle variazioni intervenute in via definitiva: a) nella propria dotazione organica (assunzioni, cessazioni, .); b) nella dotazione strumentale nella disponibilità del servizio a vario titolo. | i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 231 dell'8/03/2016 pubblicata sul sito aziendale | | 5 | | | |

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

2016
18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | Servizio PREVENZIONE e PROTEZIONE - SPP | | |
|-----|---|---|------|
| | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Riorganizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione ex Delibera DG n. 265 del 18.03.2016. Organizzare il SPP definendo chi fa che cosa | Note formali di individuazione di: MC, infermieri, addetti alla formazione, personale amministrativo, etc. | 15 |
| 2 | Aggiornamento del DVR. Realizzare un unico DVR dell'intera ASL FG e redazione delle parti mancanti | sottoscrizione del DVR aziendale da parte del DL, RLS, MC, oltre che del RSPP ed ASPP | 15 |
| 3 | Sopralluoghi negli ambienti di Lavoro. Definire i rischi degli ambienti di lavoro mediante la visita degli stessi | Numero ambienti visitati con relazioni dedicate | 15 |
| 4 | Informare e Formare Dirigenti, Preposti e Lavoratori. Assicurare la formazione a tutti i dirigenti ed a tutti i preposti; assicurare la formazione ai lavoratori sul rischio MMC (Movimentazione Manuale dei Carichi pazienti) | 3 moduli formativi per dirigenti e preposti - 5 moduli formativi per lavoratori sul rischio MMC | 15 |
| 5 | Responsabilità Amministrativa dell'Ente ai sensi del D. Lgs 231. Redigere il Regolamento per la gestione del sistema in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro con puntuale definizione di dirigenti - preposti e relativo sistema di deleghe | SI/NO | 10 |
| 6 | Flussi informativi sullo stato di salute della popolazione lavorativa della ASL FG. Informatizzazione della cartella sanitaria e di rischio dei dipendenti ASL FG | numero visite informatizzate = circa 500/anno | 15 |
| 7 | Sorveglianza sanitaria per il rischio MMC. Definizione di procedure omogenee per MMC (movimentazione manuale carichi-pazienti) | 1. Giudizi medico legali omogenei rispetto alle linee guida Regionali 2. correlare le prescrizioni - limitazioni del giudizio del medico competente alle attività della specifica mansione | 15 |

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

2016
18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | Servizio MEDICINA LEGALE | | |
|-----|--|--|------|
| | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Riorganizzazione del Servizio di Medicina Legale Organizzare il Servizio definendo chi fa che cosa | SI/NO: predisposizione entro il 30/08 di una proposta di riorganizzazione | 10 |
| 2 | Consulenza - attività di consulenza medico legale, deontologica, normativa, procedurale ed in tema di responsabilità professionale a favore del personale ASL FG, dipendente e convenzionato | Tempo medio di Istruttoria e riscontro < 7 giorni | 10 |
| 3 | Consulenza - attività di consulenza medico legale, deontologica, normativa, procedurale ai MMG ed ai medici necroscopi del SISF per la corretta diagnosi delle cause di morte e dell'accertamento dei decessi al domicilio in ipotesi dubbie | Almeno 5 incontri verbalizzati e documentati | 10 |
| 4 | Consulenza - attività di prevenzione dei conflitti, inquadramento medico legale dell'evento/conflitto, analisi dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, analisi dell'adeguatezza tecnico professionale | SI/NO: Adozione di un Regolamento in grado di contrastare le richieste con finalità temerarie (che a tutt'oggi costituiscono circa il 30% della richiesta risarcitoria) | 10 |
| 5 | Consulenza - Consulenze Tecniche di Parte – CTP | n° di richieste evase / n° di CTP richieste = 100% | 15 |
| 6 | Informazione e Formazione - N. Convegni - N. incontri dedicati con operatori sanitari | n° convegni ≥ 1 n° corsi di formazione ≥ 5 | 15 |
| 7 | Attività NECROSCOPICA - accertamenti necroscopici in Ospedale (DPR n. 285/90) - Autopsie giudiziarie (DPR n° 285/90 art.45, su incarico dell'Autorità Giudiziaria); - Sopralluoghi giudiziari ed esami esterni di cadavere sul territorio ed in Ospedale nei casi di morte violenta o sospetta, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria ove previsto per legge; | 1. attivazione di un programma di sensibilizzazione ed informazione per medici e cittadini sulla necessità del riscontro diagnostico quale ultimo atto della trasparenza e della conformità delle cure prestate. 2. convenzione con il Comune di San Severo per l'affidamento delle attività obitoriali | 15 |
| 8 | Attività COLLEGIALE - casi affrontati dal Collegio di Disciplina Aziendale / provvedimenti disciplinari - casi richiesti dalla Autorità Giudiziaria | 1. predisporre una revisione ed aggiornamento del codice disciplinare dell'Asl 2. rispetto dei termini da questa imposti | 15 |

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

2016

18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia

| CdR | | Servizio INFERMIERISTICO TERRITORIALE | |
|---|--|---|-------------|
| | OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI | Indicatore/risultato atteso | peso |
| 1 | Contribuire all'implementazione della Presa in carico delle persone affette da patologie croniche e a lungo termine | 1. Protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali per patologie croniche / n° 1 2. Protocolli per l'integrazione fra Ospedale e Territorio / n° 1 3. Protocolli per le Dimissioni Protette / n° 1 | 40 |
| 2 | Contribuire alla riorganizzazione e rifunionalizzazione dei Presidi territoriali di Assistenza | Protocollo operativo per la riorganizzazione e rifunionalizzazione dei Presidi Territoriali di Assistenza aziendale = SI/NO | 30 |
| 3 | Attivazione dei processi di attuazione delle linee Guida Regionali per le Cure Domiciliari Integrate al fine di favorire la presa in carico dei pazienti non autosufficienti | 1. incontri effettuati per la diffusione e l'utilizzo delle Linee Guida Regionali per le Cure Domiciliari Integrate / n° 2 2. protocolli operativi adottati relativi a processi assistenziali infermieristici domiciliari / n° 1 | 30 |
| IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO) | | | |